

RÈGLEMENT INTÉRIEUR DES HOSPICES CIVILS DE LYON

HCL
HOSPICES CIVILS
DE LYON

JUIN 2023

REGLEMENT INTERIEUR DES HOSPICES CIVILS DE LYON

Préambule:	11
Chapitre 1 : Dispositions générales (Organisation institutionnelle).....	11
Section 1 – Les HCL, établissement public de santé.....	11
Titre 1 – Présentation	11
Art. 1. Le statut des HCL	11
Art. 2. Organisation géographique des HCL	11
Titre 2 – Principes généraux et engagements des HCL	12
Art. 3. Les principes fondamentaux.....	12
Art. 4. Les règles éthiques	12
Art. 5. Le droit à la prévention et aux soins et la lutte contre les discriminations.....	13
Art. 6. La neutralité et la laïcité du service public	13
Art. 7. Le référent Laïcité.....	13
Art. 8. La responsabilité sociétale et environnementale (RSE)	13
Art. 9. La transparence et la lutte anti-corruption	14
Art. 10. La politique de lutte contre le tabac aux HCL.....	14
Art. 11. La politique concernant les produits de vapotage	14
Titre 3 – Missions.....	15
Art. 12. Missions générales	15
Art. 13. Missions de soin	15
Art. 14. Missions de recherche et d’innovation	15
Art. 15. Missions d’enseignement	15

Section 2 – L’organisation administrative (Les instances et leurs acteurs).....	16
Titre 1 – Les instances de direction	16
Art. 16. Le conseil de surveillance	16
Art. 17. Le directeur général.....	16
Art. 18. Le directoire.....	17
Art. 19. Le président de la commission médicale d’établissement	17
Titre 2 – Les instances représentatives centrales.....	18
Art. 20. La commission médicale d’établissement.....	18
Art. 21. Le comité social d’établissement.....	18
Art. 22. La commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CCSIRMT) 19	
Art. 23. La commission des usagers.....	19
Section 3 – L’organisation des groupements hospitaliers.....	21
Art. 24. Les directeurs adjoints directeurs de groupements hospitaliers et de l’hôpital Renée Sabran 21	
Art. 25. Les instances locales	21
Section 4 – L’organisation des soins et le fonctionnement médical	22
Titre 1 – Les pôles d’activités médicales	22
Art. 26. L’organisation en pôles d’activités médicales	22
Art. 27. Le chef de pôle.....	22
Art. 28. Le contrat de pôle.....	23
Art. 29. Le projet de pôle.....	23
Art. 30. L’organisation et le fonctionnement des structures internes des pôles	23
Art. 31. Le chef de service	24
Titre 2 – Le personnel médical	24
Art. 32. Nomination et affectation des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques 24	
Art. 33. Obligation de service des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques / Organisation du temps de travail médical.....	25
Art. 34. Remplacement des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques	25
Art. 35. Les docteurs juniors.....	25
Art. 36. Les internes.....	26
Art. 37. Les étudiants hospitaliers	26

Art. 38.	Les sages-femmes.....	26
Art. 39.	Les pharmaciens	26
Art. 40.	Les odontologues.....	27
Titre 3 – La permanence des soins		27
Art. 41.	L’organisation de la permanence des soins.....	27
Art. 42.	L’organisation des services fonctionnant en temps continu	27
Section 5 – L’organisation de l’activité hospitalo-universitaire et de la recherche clinique.....		28
Art. 43.	Organisation des missions d’enseignement	28
Art. 44.	Organisation de la recherche et de l’innovation	28
Section 6 – Les circonstances particulières		29
Art. 45.	Plan de vigilance et de sécurité générale	29
Art. 46.	Plan blanc.....	29
Art. 47.	Plan de continuité d’activité et plan de résilience numérique.....	30
Chapitre 2 : Dispositions relatives à la prise en charge des patients (règles applicables aux patients, visiteurs et accompagnants)		32
Section 1 – Les principes régissant l’accès aux soins – Les droits des usagers et règles de fonctionnement de l’établissement		32
Titre 1 – Les droits des patients.....		32
Art. 48.	Charte de la personne hospitalisée et livret d’accueil.....	32
Art. 49.	Principe du libre choix du patient.....	32
Titre 2 – Les règles de fonctionnement de l’établissement		32
Art. 50.	Respect des professionnels des HCL.....	32
Art. 51.	Respect des biens des HCL.....	33
Art. 52.	Sanction des troubles à l’ordre public	33
Section 2 – L’admission des patients.....		33
Titre 1 – Les formalités d’admission		33
Art. 53.	Décision d’admission	33
Art. 54.	Formalités d’admission.....	33
Art. 55.	Désignation de la personne à prévenir.....	33
Art. 56.	Désignation de la personne de confiance	34
Titre 2 – Les modes d’admission		34
Art. 57.	Admission à la demande d’un médecin traitant ou suite à une consultation.....	34

Art. 58.	Admission programmée	34
Art. 59.	Transfert	34
Titre 3 – Dispositions particulières relatives aux admissions de certains patients		35
Art. 60.	Admission des mineurs.....	35
Art. 61.	Admission des majeurs incapables.....	35
Art. 62.	Prise en charge des enfants présents lors d’un féminicide ou homicide au sein du couple.	35
Art. 63.	Admission des femmes enceintes	36
Art. 64.	Accouchement sous le secret	36
Art. 65.	Interruption volontaire de grossesse	36
Art. 66.	Patients faisant l’objet de mesures privatives de liberté	37
Art. 67.	Patients militaires	37
Art. 68.	Patients toxicomanes	37
Art. 69.	Patients étrangers.....	38
Art. 70.	Patients agents des HCL.....	38
Titre 4 – Dispositions relatives aux naissances.....		38
Art. 71.	Déclarations de naissance	38
Art. 72.	Déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale.....	38
Titre 5 – Les consultations externes et l’activité libérale		39
Art. 73.	Consultations externes publiques au sein des HCL	39
Art. 74.	Tarifs des consultations externes	39
Art. 75.	Activité libérale des médecins des HCL	40
Art. 76.	Prise en charge du patient au titre de l’activité libérale	40
Art. 77.	Contrôle de l’activité libérale	40
Art. 78.	Tarifs des activités libérales.....	40
Titre 6 – Les alternatives à l’hospitalisation		40
Art. 79.	Structures de soin alternatives à l’hospitalisation.....	41
Art. 80.	Structures d’hospitalisation à temps partiel	41
Art. 81.	Prise en charge en ambulatoire.....	41
Section 3 – La prise en charge en urgence		41
Art. 82.	Admission en urgence (ou directe).....	41
Art. 83.	Information sur les patients hospitalisés en urgence.....	41

Art. 84. Intervention du personnel en cas d’urgence ou d’accident survenant à proximité immédiate d’un établissement hospitalier.....	42
Art. 85. Biens des patients pris en charge en urgence	42
Section 4 – Information et consentement aux soins.....	42
Titre 1 – Information du patient.....	42
Art. 86. Droit à l’information	42
Art. 87. Information sur les accidents médicaux, les affections iatrogènes ou les infections nosocomiales.....	43
Art. 88. Information du patient mineur.....	43
Art. 89. Information du patient majeur faisant l’objet d’une mesure de protection juridique	43
Art. 90. Information des proches	43
Art. 91. Information du médecin traitant – Lettre de sortie	43
Titre 2- Consentement.....	44
Art. 92. Principes généraux du consentement aux soins	44
Art. 93. Recueil du consentement.....	44
Art. 94. Recueil du consentement – patient hors d’état d’exprimer sa volonté.....	44
Art. 95. Recueil du consentement – patient mineur	44
Art. 96. Recueil du consentement – patient majeur protégé	45
Art. 97. Recueil du consentement en cas d’enseignement clinique	45
Art. 98. Refus de soins.....	46
Titre 3 – Personne de confiance et directives anticipées.....	46
Art. 99. Personne de confiance	46
Art. 100. Directives anticipées.....	46
Section 5 - Dossier patient aux HCL.....	47
Titre 1 – Le dossier patient	47
Art. 101. Dossier patient.....	47
Art. 102. Contenu du dossier patient	47
Titre 2 – La communication du dossier médical.....	48
Art. 103. Communication du dossier au patient	48
Art. 104. Communication du dossier d’un patient mineur.....	48
Art. 105. Communication du dossier à un patient majeur protégé	49
Art. 106. Communication du dossier d’un patient décédé	49

Art. 107.	Modalité d'accès au dossier d'un patient aux HCL.....	49
Titre 3 – Le traitement des données à caractère personnel		49
Art. 108.	Respect de la vie privée et secret des informations concernant les patients.....	49
Art. 109.	Contrôle des accès au dossier médical.....	50
Art. 110.	Traitements automatisés des données à caractère personnel	50
Art. 111.	Entrepôt de données de santé des HCL.....	51
Art. 112.	Délégué à la protection des données	51
Section 6 – Conditions de séjour		51
Titre 1 – Principes régissant le séjour des patients hospitalisés		52
Art. 113.	Respect de la dignité et de l'intimité des patients	52
Art. 114.	Liberté d'aller et venir	52
Art. 115.	Vote par procuration	52
Art. 116.	Mariage in extremis.....	52
Art. 117.	Exercice des cultes.....	52
Art. 118.	Comportement des patients.....	52
Art. 119.	Règles d'hygiène.....	52
Art. 120.	Tranquillité.....	53
Art. 121.	Téléphone mobile et autres moyens de communication ?.....	53
Art. 122.	Prestations de service.....	53
Art. 123.	Sanction des désordres et troubles à l'ordre public.....	53
Titre 3 – Les biens du patient hospitalisé		53
Art. 124.	Dépôts.....	53
Art. 125.	Restitution des biens déposés	54
Art. 126.	Refus de dépôt.....	54
Art. 127.	Découvertes de stupéfiants ou d'armes.....	54
Titre 5 – L'accès des personnes extérieures.....		54
Art. 128.	Exercice du droit de visite.....	54
Art. 129.	Bénévoles d'associations	55
Art. 130.	Les représentants des usagers.....	55
Art. 131.	Patients partenaires	55
Art. 132.	Stagiaires.....	56
Art. 133.	Médias	56

Art. 134.	Prestataires.....	56
Art. 135.	Visiteurs médicaux.....	56
Art. 136.	Démarcheurs	57
Section 7 – La sortie.....		57
Titre 1 –Formalités de sortie en fin de séjour		57
Art. 137.	Décision d’autorisation de sortie.....	57
Art. 138.	Modalités de sortie.....	58
Art. 139.	Sortie des nouveau-nés	58
Art. 140.	Sortie des mineurs.....	58
Titre 3 – Sortie en cours d’hospitalisation.....		58
Art. 141.	Autorisation de sortie en cours d’hospitalisation -Permission.....	58
Titre 4 – Sortie contre avis médical ou à l’insu du service		59
Art. 142.	Sortie contre avis médical	59
Art. 143.	Sortie à l’insu du service	59
Section 8 – Décès.....		59
Titre 1 – Formalités administratives.....		59
Art. 144.	Accompagnement du patient et des proches à l’approche du décès	59
Art. 145.	Informations sur le décès	60
Art. 146.	Indice de mort violente ou suspecte, de suicide / Obstacle médico-légal (OML).....	60
Titre 2 – Gestion des biens du défunt		60
Art. 147.	Inventaire des biens du défunt.....	60
Art. 148.	Objets abandonnés ou déposés par le défunt.....	61
Titre 3 – Présentation et transport du corps et organisation des funérailles		61
Art. 149.	Toilette mortuaire	61
Art. 150.	Dépôt des corps à la chambre mortuaire ou en chambre funéraire.....	61
Art. 151.	Organisation des opérations funéraires	61
Art. 152.	Transport de corps avant mise en bière.....	62
Art. 153.	Transport de corps après mise en bière	62
Art. 154.	Don du corps.....	62
Art. 155.	Non réclamation du corps	63
Art. 156.	Dispositions relatives aux enfants décédés dans la période périnatale.....	63
Section 9 – Gestion des relations avec les patients et qualité de la prise en charge.....		63

Titre 1 : La démarche qualité et la gestion des risques aux HCL	63
Art. 157. La Gouvernance qualité aux HCL	63
Art. 158. Organisation de la gestion des risques associés aux HCL	64
Art. 159. La gestion des événements indésirables associés aux soins (EIAS) et des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS).....	64
Art. 160. Mesure de la satisfaction et de l'expérience patient	65
Titre 2 : La gestion des réclamations	65
Art. 161. Traitement des plaintes et réclamations adressées à l'établissement	65
Section 10 – Frais d'hospitalisation	66
Art. 162. Paiement des frais d'hospitalisation	66
Art. 163. Tarifs des prestations	66
Art. 164. Calcul des tarifs des prestations et du forfait journalier	66
Chapitre 3 : Dispositions relatives aux personnels.....	67
Section 1 : Principes fondamentaux liés au respect du patient	67
Art. 165. Accueil et information des familles et des proches.....	67
Art. 166. Secret professionnel	67
Art. 167. Respect de la liberté de conscience et d'opinion	67
Art. 168. Sollicitude envers le patient	67
Art. 169. Respect du libre choix des familles.....	67
Section 2 : Grands principes déontologiques	67
Art. 170. Obligation de neutralité et respect du principe de laïcité par les professionnels.....	67
Art. 171. Discrétion professionnelle et obligation de réserve.....	68
Art. 172. Obligation de désintéressement et interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces	68
Art. 173. Cumul d'emplois ou d'activités	69
Art. 174. Continuité du service public	69
Art. 175. Obligations particulières des agents participant au processus d'achat	69
Art. 176. Réfèrent déontologue / Charte de la déontologie	70
Section 3 : Principes de bonne conduite professionnelle	70
Art. 177. Obéissance hiérarchique et exécution des instructions reçues	70
Art. 178. Information du supérieur hiérarchique	70
Art. 179. Activités inventives des professionnels	70

Art. 180.	Tenue vestimentaire.....	70
Art. 181.	Bon usage des biens et outils professionnels.....	71
Art. 182.	Assiduité et ponctualité.....	71
Art. 183.	Respect des règles d’hygiène et de sécurité	71
Art. 184.	Interdiction de consommer des boissons alcoolisées ou des produits toxiques / illicites....	71
Art. 185.	Bon usage des biens et outils personnels (téléphone portable et autres appareils électroniques personnels)	71
Art. 186.	Obligation de signalement des infractions et événements indésirables.....	71
Art. 187.	Témoignages en justice	72
Art. 188.	Obligation de dépôts	72
Art. 189.	Lutte contre le bruit.....	72
Art. 190.	Charte graphique et identité visuelle des HCL	72
Section 6 : Droits des personnels		72
Art. 191.	Droit d’expression directe et droit à la participation	72
Art. 192.	Droit syndical	73
Art. 193.	Droit de grève	73
Art. 194.	Droit d’alerte	73
Art. 195.	Droit à la déconnexion.....	73
Art. 196.	Protection contre le harcèlement	73
Art. 197.	Protection fonctionnelle.....	74
Chapitre 4 : Dispositions relatives à la sécurité.....		75
Section 1 – Règles de sécurité		75
Art. 198.	Nature et opposabilité des règles de sécurité.....	75
Art. 199.	Vidéosurveillance.....	75
Art. 200.	Accès aux HCL	76
Art. 201.	Calme et tranquillité au sein des HCL.....	76
Art. 202.	Rassemblements et regroupements	76
Art. 203.	Personnels de sécurité.....	76
Art. 204.	Produits interdits	77
Art. 205.	Dissimulation du visage	77
Art. 206.	Sécurité incendie	77
Art. 207.	Sécurité numérique	78

Section 2 - La circulation et le stationnement au sein des HCL.....	78
Art. 208. Régime et destination des voies et desserte.....	78
Art. 209. Plan de circulation	78
Art. 210. Portée des dispositions du code de la route	78
Art. 211. Autorité responsable de la circulation et des voies et dessertes.....	79
Art. 212. Zones de stationnement.....	79
Art. 213. Intervention des services de la fourrière.....	79
Art. 214. Responsabilités des personnes circulant dans l’enceinte des établissements	79
Chapitre 5 : Dispositions finales	80
Art. 215. Adoption du règlement intérieur	80
Art. 216. Modification du règlement intérieur.....	80
Art. 217. Mise à disposition du règlement intérieur	80
Annexes	80

Préambule:

Le présent règlement intérieur complète et précise les dispositions législatives et réglementaires relatives aux missions et au fonctionnement des Hospices Civils de Lyon (HCL).

Distinct du projet d'établissement, qui définit notamment sur la base du projet médical la politique générale de l'établissement, le règlement intérieur des HCL a pour objet de définir les éléments principaux de la vie de l'institution, l'organisation et le fonctionnement administratif et médical de l'établissement ainsi que les règles applicables aux usagers et agents de ce service public.

Le directeur général veille à son application sur l'ensemble des établissements et sites des HCL.

Chapitre 1 : Dispositions générales (Organisation institutionnelle)

Section 1 – Les HCL, établissement public de santé

Titre 1 – Présentation

Art. 1. Le statut des HCL

Les HCL sont un établissement public de santé, centre hospitalier régional et universitaire, qui regroupe plusieurs établissements.

Les HCL sont, conformément à sa convention constitutive, l'établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) Val Rhône centre, créé le 1^{er} mars 2023.

Le siège social des HCL est situé 3 quai des Célestins à Lyon (69002).

Art. 2. Organisation géographique des HCL

Les HCL se composent de :

- Quatre groupements hospitaliers et un hôpital :

- le groupement hospitalier Centre ;
 - Hôpital Edouard Herriot
 - Centre de soins d'enseignement de recherche dentaires
 - Hôpital des Charpennes

- le groupement hospitalier Est ;
 - Hôpital Pierre Wertheimer

- Hôpital Louis Pradel
 - Hôpital Femme Mère Enfant
 - Institut d'hématologie et d'oncologie pédiatrique
- le groupement hospitalier Nord ;
- Hôpital de la Croix-Rousse
 - Hôpital Frédéric Dugoujon
 - Hôpital Pierre Garraud
- le groupement hospitalier Sud ;
- Hôpital Lyon Sud
 - Hôpital Henry Gabrielle
- l'hôpital Renée Sabran.

- Des écoles et instituts de formation aux professions de santé, ainsi que des sites administratifs, logistiques et d'activités pharmaceutiques.

Titre 2 – Principes généraux et engagements des HCL

Art. 3. Les principes fondamentaux

Les HCL assurent leurs missions de service public dans le respect des principes d'égalité, de neutralité, de continuité et d'adaptabilité. Ils veillent à la préservation de l'intérêt général.

Ils appliquent la charte de la personne hospitalisée prévue par la circulaire du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées (Annexe 1) et la charte de la laïcité (Annexe 2).

Art. 4. Les règles éthiques

Les HCL mènent une réflexion et une action éthiques couvrant l'accueil, les soins, la recherche, l'enseignement et la prise en charge médicale. Il est institué en leur sein un comité d'éthique.

Le comité d'éthique des HCL a pour objet d'aider, par son action de conseil, de réflexion et de pédagogie, tout demandeur qualifié à propos d'une question d'éthique médicale. Il a compétence notamment pour répondre aux problèmes éthiques soulevés dans le domaine de la recherche biomédicale et dans le domaine de la pratique des soins.

Art. 5. Le droit à la prévention et aux soins et la lutte contre les discriminations

Les HCL accueillent sans discrimination tous les patients dont l'état exige des soins, dans le respect des droits des patients tels que définis au code de la santé publique et au chapitre 2 du présent règlement.

L'accès aux soins est adapté aux personnes en situation de handicap, que ce handicap soit physique, mental ou sensoriel.

Les HCL ont mis en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) adaptées aux personnes en situation de précarité.

Art. 6. La neutralité et la laïcité du service public

Toute personne est tenue au sein des HCL au respect du principe de neutralité et de laïcité du service public dans ses actes comme dans ses paroles.

Les signes d'appartenance religieuse arborés par les patients, leurs familles ou les visiteurs sont acceptés au sein de l'hôpital à la condition qu'ils ne constituent pas un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou qu'ils ne perturbent pas le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public.

L'apposition de signes ou emblèmes religieux sur ou dans l'enceinte des établissements est interdite en dehors des espaces réservés aux cultes.

Dans l'exercice de leurs fonctions, les professionnels des HCL doivent respecter l'obligation de neutralité et le principe de laïcité. A ce titre, ils ne doivent pas manifester leurs opinions politiques, religieuses ou philosophiques. Tout manquement à cette obligation est passible d'une sanction disciplinaire.

Art. 7. Le référent Laïcité

Au sein des HCL, le référent laïcité, désigné par le directeur général, est chargé de conseiller la direction, l'encadrement et les agents sur la mise en œuvre du principe de laïcité et de sensibiliser les professionnels des HCL au principe de laïcité.

Il peut être sollicité à la demande de la direction générale en cas de difficulté dans l'application du principe de laïcité entre un professionnel et des usagers du service public ou entre professionnels.

Art. 8. La responsabilité sociétale et environnementale (RSE)

Conscients de l'impact de leurs activités sur l'environnement et sur la santé, les HCL assument une ambition globale en matière de responsabilité sociétale et environnementale, avec une volonté d'exemplarité en matière de développement durable et de transformation écologique.

Chacun des professionnels HCL contribue au quotidien à cette responsabilité sociétale et environnementale, que ce soit dans l'économie des ressources nécessaires à son activité, dans le respect des consignes de tri, dans le signalement des dysfonctionnements aux équipes habilitées à intervenir, dans l'évolution des pratiques ou bien encore dans la transformation des processus de prise en charge vers des modèles plus vertueux.

Art. 9. La transparence et la lutte anti-corruption

Les HCL s'attachent à mettre en œuvre des procédures de prévention et de détection des atteintes à la probité.

Toute atteinte à la probité ou manquement au code de conduite seront sanctionnés disciplinairement.

Conformément à l'article L. 124-2 du code général de la fonction publique, tous les professionnels des HCL ont accès au référent-déontologue mentionné à l'article 176 du présent règlement.

Les signalements internes émis par les lanceurs d'alerte sont recueillis et traités selon les modalités définies en annexe 3 du présent règlement.

Art. 10. La politique de lutte contre le tabac aux HCL

Les HCL sont engagés dans la démarche « Lieu de Santé Sans Tabac » (LSST) et la politique « hôpital promoteur de santé ».

Conformément à la réglementation en vigueur, il est interdit au personnel, aux patients, aux visiteurs, aux sous-traitants, aux prestataires, et de manière générale aux usagers, de fumer dans les établissements. Cette interdiction s'applique dans tous les bâtiments (y compris les chambres individuelles et y compris les bâtiments n'accueillant pas de patient mais qui constituent des lieux de travail), ainsi que dans tous les espaces extérieurs (y compris les espaces non couverts), et dans tous les moyens de transports des HCL.

La seule exception à cette règle concerne les espaces fumeurs mis à disposition et clairement identifiés en tant que tels.

Ceci s'applique également aux dispositifs permettant d'inhaler du tabac comme le « tabac chauffé ».

La vente de tabac est interdite sur tous les sites des HCL, ainsi que la publicité en faveur du tabac, la promotion et le parrainage qui contribuent à promouvoir un produit du tabac.

La politique de lutte contre le tabac de l'établissement est précisée en annexe 4 du présent règlement.

Tout manquement au présent article est susceptible de donner lieu à une sanction disciplinaire.

Art. 11. La politique concernant les produits de vapotage

L'utilisation des vapoteuses personnelles n'est pas autorisée à l'intérieur des locaux des HCL dont les bureaux (y compris individuels) et les chambres des patients (y compris les chambres individuelles). Toutefois, l'usage de vapoteuses personnelles reste possible dans les zones extérieures non couvertes au sein des sites HCL et en dehors des « espaces fumeurs ».

La politique relative au vapotage est précisée en annexe 5 du présent règlement.

Tout manquement au présent article est susceptible de donner lieu à une sanction disciplinaire.

Titre 3 – Missions

Art. 12. Missions générales

Les HCL garantissent l'égal accès de tous aux soins et participent au service public hospitalier tel qu'il est défini par le code de la santé publique.

Ils participent à la mise en œuvre, d'une part, de la politique de santé et, d'autre part, des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire.

Art. 13. Missions de soin

Les HCL assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé.

Ils délivrent les soins préventifs, curatifs ou palliatifs, avec ou sans hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile (le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles).

Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils départementaux et la métropole de Lyon pour les compétences qui les concernent.

Les HCL sont également responsables du service public de Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) et du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) du département du Rhône.

Art. 14. Missions de recherche et d'innovation

Les HCL participent, dans le respect des patients et de leurs aidants, à la recherche et à l'innovation en santé, dans le cadre de thématiques prioritaires déclinées en projets et partenariats, et d'actions dans des domaines identifiés comme stratégiques.

Art. 15. Missions d'enseignement

Les HCL participent à la formation, à l'enseignement universitaire et post universitaire.

Ils participent également au développement professionnel continu du personnel médical et à la formation continue du personnel non médical.

Onze écoles et instituts des HCL forment les professionnels de santé: infirmier(e)s, infirmier(e)s spécialisé(e)s, manipulateurs en électroradiologie médicale, préparateurs en pharmacie hospitalière...

Les HCL sont membres, avec le centre hospitalier Le Vinatier, du groupement de coopération sanitaire (GCS) institut de formation des cadres de santé (IFCS) du territoire lyonnais pour la formation des cadres de santé.

Le CHU collabore avec deux Unités de Formation et de Recherche (UFR) de Médecine et de médecine et maïeutique, une UFR d'Odontologie, un Institut des sciences pharmaceutiques et biologiques (Faculté de Pharmacie) et un Institut des Sciences des Technique de Réadaptation.

Section 2 – L'organisation administrative (Les instances et leurs acteurs)

Titre 1 – Les instances de direction

Art. 16. Le conseil de surveillance

Les HCL sont dotés d'un conseil de surveillance qui constitue leur instance de pilotage.

Le conseil de surveillance est présidé par l'un de ses membres représentant des collectivités territoriales ou personnalité qualifiée. Il se prononce sur les orientations stratégiques, exerce le contrôle permanent de l'établissement et délibère et donne son avis sur les matières prévues à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique.

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

Les modalités de convocation et de fonctionnement du conseil de surveillance sont fixées par son règlement intérieur.

Art. 17. Le directeur général

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

Le directeur général est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles énumérées aux 1° à 15° de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique et autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance énumérées à l'article L. 6143-1 du même code.

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

Le directeur général dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement.

Il 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 des praticiens dans l'exercice de leur art.

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

Le directeur général définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité.

Le directeur général peut, après concertation avec le directoire, constituer un groupement d'hôpitaux placés sous une même direction et créer des pôles d'intérêts communs.

Il peut déléguer sa signature, dans des conditions déterminées par décret. Les délégations de signature du directeur général sont publiées au recueil des actes administratifs de la préfecture du Rhône et sur le site internet de l'établissement.

Pour assurer une réponse permanente d'une autorité responsable, le directeur général organise un système d'astreinte pour les membres de l'équipe de direction et, le cas échéant, d'autres cadres de direction et collaborateurs auxquels il a donné délégation de sa signature.

Art. 18. Le directoire

Le directoire est présidé par le directeur général des HCL.

Il est composé de 26 membres, dont 5 membres de droit, 6 membres nommés par le président du directoire, 2 personnes qualifiées avec voix consultatives et 13 invités permanents.

Les nominations des membres du directoire se font après information du conseil de surveillance et, dans les conditions fixées par les articles D. 6143-35-2 et D. 6143-35-3-1 du code de la santé publique, sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, du président du comité de coordination des études médicales et du président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Sont membres de droit, outre le directeur général :

- le président de la commission médicale d'établissement, premier vice-président du directoire ;
- le président du comité de coordination des études médicales, vice-président doyen ;
- le vice-président Recherche, nommé par le président du directoire sur proposition conjointe du président d'un établissement public à caractère scientifique et technologique placé sous la tutelle conjointe du ministre chargé de la recherche et du ministre chargé de la santé, ayant pour mission de promouvoir la recherche dans le champ des sciences de la vie et de la santé, du président de l'université dont relève l'unité de formation et de recherche médicale et du vice-président doyen;
- le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Le directoire assiste le directeur général des HCL dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Il approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement.

Art. 19. Le président de la commission médicale d'établissement

Le président de la commission médicale d'établissement est premier vice-président du directoire.

Il élabore, avec le directeur général de l'établissement, le projet médical, socle du projet d'établissement.

Il coordonne la politique médicale de l'établissement et, notamment, contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques médicales, veille à la coordination de la prise en charge du patient, contribue à la promotion de la recherche médicale et de l'innovation thérapeutique, coordonne l'élaboration du plan de développement professionnel continu des personnels médicaux.

Il assure le suivi de la mise œuvre du projet médical de l'établissement et en dresse le bilan annuel qu'il présente au directoire ainsi qu'au conseil de surveillance.

Titre 2 – Les instances représentatives centrales

Art. 20. La commission médicale d'établissement

La commission médicale d'établissement, est l'instance représentative de la communauté médicale, maïeutique, pharmaceutique et odontologique des HCL. Elle contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Elle peut déléguer une partie de ses compétences aux commissions médicales d'établissement locales.

Sa composition et ses missions sont définies dans son règlement intérieur, figurant en annexe 6 du présent règlement.

Art. 21. Le comité social d'établissement

Le comité social d'établissement (CSE) est l'instance représentative du personnel de la fonction publique hospitalière mise en place à l'issue des élections professionnelles du 8 décembre 2022.

Le CSE débat chaque année sur la programmation de ses travaux et l'évolution des politiques des ressources humaines de l'établissement.

Il est consulté sur le règlement intérieur de l'établissement, le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 du code de la santé publique, le plan global de financement pluriannuel, 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 médico-techniques, l'organisation interne de l'établissement mentionnée à l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, les projets de réorganisation de service, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la politique générale de formation du personnel, y compris le plan de formation, les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, les projets d'aménagements importants modifiant les conditions de santé, de sécurité et les conditions de travail lorsqu'ils s'intègrent dans le cadre d'un projet de réorganisation de service et les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants.

Il est informé chaque année sur la situation budgétaire de l'établissement, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique, le budget prévu à l'article L. 6145-1 du même code et les décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7 du même code.

Une formation spécialisée centrale et du Siège est instaurée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail. Elle dispose des compétences identiques aux formations spécialisées de groupement hospitalier pour

les professionnels du Siège. Elle est en charge des questions transversales relatives à la santé, la sécurité et les conditions de travail, qui ne peuvent être traitées par les formations spécialisées locales.

Une formation spécialisée dédiée au risque industriel est instaurée pour les secteurs de pharmacie centrale, d'archives centrales, de stérilisation centrale, de l'unité centrale de restauration, d'Hospimag.

Art. 22. La commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CCSIRMT)

Les HCL sont dotés d'une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico techniques qui est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico techniques.

La commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico techniques est consultée sur le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico techniques élaboré par le coordonnateur général des soins, l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico techniques ainsi que l'accompagnement des patients, la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins.

Elle rend également des avis sur le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico technique, la politique de développement professionnel continu des personnels soignants ainsi que les projets de recherche innovation dans le domaine des soins qu'elle promeut.

Ses membres élus par leurs pairs tous les quatre ans sont au nombre de 34.

Les HCL disposent de cinq commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico techniques locales, une pour chacun des groupements et établissements hospitaliers (Est, Sud, Centre, Nord Renée Sabran). Chacune de ces commissions locales est présidée par le directeur des soins du groupement de rattachement.

Les modalités de scrutin ainsi que la composition et les missions de la commission sont définies en annexe 7 au présent règlement.

Art. 23. La commission des usagers

La commission des usagers a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients et de leurs proches.

Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes. A cet effet, l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement sont tenues à la disposition des membres de la commission. La commission examine celles de ces plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

Compte tenu de leur organisation multi-site et de l'existence de plusieurs groupements hospitaliers, les HCL ont fait le choix de mettre en place six commissions des usagers (CDU) : une commission locale dans chacun des

groupements hospitaliers et à l'hôpital Renée Sabran pour favoriser l'étude et le règlement des questions au plus près du terrain et une commission centrale qui garantit la cohésion des pratiques, la synthèse des bilans et la réponse aux exigences réglementaires.

La commission contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des patients hospitalisés et de leurs proches. A cet effet elle reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées par la commission médicale d'établissement ainsi que les avis, vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement.

Elle reçoit également une synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches au cours des douze mois précédents, le nombre de demandes de communication d'informations médicales formulées en vertu de l'article L. 1112-1 du code de la santé publique ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes, le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie, le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers.

La commission reçoit également une présentation, au moins une fois par an, des événements indésirables graves survenus au cours des douze mois précédents ainsi que les actions menées par l'établissement pour y remédier.

Les informations relatives aux événements indésirables graves, à leur analyse et aux mesures correctives garantissent l'anonymat des patients et des professionnels concernés.

A partir des informations portées à sa connaissance, la commission des usagers procède à une appréciation des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, fondée sur une analyse de l'origine et des motifs des plaintes, des réclamations et des témoignages de satisfaction reçus dans les différents services ainsi que des suites qui leur ont été apportées. Elle recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le conseil de surveillance en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge et évalue l'impact de leur mise en œuvre. Elle formule des recommandations, notamment en matière de formation des personnels, destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des patients et de leurs proches et à assurer le respect des droits des usagers.

La commission rend compte de ses analyses et propositions dans le rapport mentionné à l'article L.1112-3 du code de la santé publique.

La commission peut proposer un projet des usagers, après consultation de l'ensemble des représentants des usagers de l'établissement et des représentants des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement et intervenant en son sein en vue de l'élaboration du projet d'établissement. Ce projet, qui s'appuie sur les rapports d'activité, 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.

Le bureau de la commission des usagers peut avoir accès aux données médicales relatives aux plaintes et réclamations qu'elle traite dans le cadre de la procédure de médiation, sous réserve de l'accord préalable et

écrit de la personne concernée ou de ses ayants-droit. A ce titre, les membres de la CDU sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Toute analyse, tout rapport, toute proposition ou communication réalisé par la commission et relatif aux plaintes, réclamations et événements indésirables graves garantit le respect de l'anonymat du patient et du professionnel concerné.

La composition de la commission et les modalités selon lesquelles l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement sont tenues à la disposition des membres de la commission sont définies dans le RI de la CDU figurant en annexe 8 du présent règlement.

Section 3 – L'organisation des groupements hospitaliers

Art. 24. Les directeurs adjoints directeurs de groupements hospitaliers et de l'hôpital Renée Sabran

Les groupements hospitaliers et l'hôpital Renée Sabran mentionnés à l'article 2 sont dirigés par des directeurs adjoints, nommés par le directeur général du centre national de gestion (CNG) pour les quatre groupements sur proposition du directeur général des HCL., et par le directeur général des HCL pour l'Hôpital Renée Sabran.

Le directeur adjoint assure la conduite du groupe hospitalier ou de l'hôpital dont il est chargé sous l'autorité du directeur général.

Le directeur adjoint dispose d'une délégation de signature du directeur général. Il a autorité sur l'ensemble du personnel de son groupement ou de son établissement 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 des praticiens dans l'exercice de leur art.

Art. 25. Les instances locales

Les instances locales sont instituées par le directeur général, après concertation avec le directoire, dans chaque groupement hospitalier et dans l'hôpital Renée Sabran.

Chaque site hospitalier comprend :

- une commission médicale d'établissement locale
- un comité social d'établissement local
- une commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- une formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail
- une commission locale de l'activité libérale

Section 4 – L'organisation des soins et le fonctionnement médical

Titre 1 – Les pôles d'activités médicales

Art. 26. L'organisation en pôles d'activités médicales

Conformément à l'article L. 6146-1 du code de la santé publique, l'activité médicale des HCL s'organise par pôle d'activités médicales.

Le directeur et le président de la commission médicale d'établissement définissent conjointement l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale.

Les pôles d'activité médicale des HCL sont composés, d'une part, de pôles cliniques, regroupant des services, départements et unités fonctionnelles ou toutes autres structures de prise en charge du patient, et d'autre part, des pôles médico-techniques transversaux.

Ces pôles d'activité, cliniques ou médico-techniques, sont placés sous la responsabilité d'un chef de Pôle, assisté d'un ou plusieurs adjoints.

Le directeur général désigne un directeur référent de pôle chargé de participer au pilotage du pôle et d'accompagner celui-ci dans ses démarches et projets.

Art. 27. Le chef de pôle

Le chef du pôle est un praticien nommé par décision conjointe du directeur général, du président de la commission médicale d'établissement et du président du comité de coordination de l'enseignement médical pour une durée de quatre ans renouvelable. Les modalités de renouvellement des chefferies de pôle sont détaillées dans une procédure spécifique, figurant en annexe 9 du présent règlement.

Le chef de pôle met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des services, des unités fonctionnelles, des départements ou des autres structures, prévues par le projet de pôle.

Le chef de pôle, en étroite collaboration avec le directeur référent et le cadre supérieur de santé, favorise la concertation interne entre les services, les départements, les unités et les structures qui composent le pôle.

Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.

A l'issue de son mandat, si le chef de pôle ne peut ou ne souhaite plus renouveler celui-ci, ou si la gouvernance souhaite étudier d'autres candidatures, il est procédé à un appel à candidatures.

Le président de la commission médicale d'établissement et le président du comité de coordination des études médicales proposent au Directeur Général une liste de trois noms.

Le directeur général, le président de la commission médicale d'établissement et le président du comité de coordination des études médicales, après avoir éventuellement recueilli les avis du directeur du groupement hospitalier ou de l'hôpital concerné et du président de la commission médicale d'établissement locale, choisissent conjointement le nom du chef de pôle.

En cas de désaccord, le directeur général recueille l'avis du président de la commission médicale d'établissement et du président du comité de coordination des études médicales et procède à la nomination du chef de pôle.

Le chef de pôle ainsi désigné propose à la gouvernance le nom d'un ou plusieurs praticiens susceptibles de l'appuyer en occupant les fonctions de chef de pôle adjoint.

Il peut être mis fin dans l'intérêt du service aux fonctions de chef de pôle par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement après avis du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale et du président du comité de coordination des études médicales.

Art. 28. Le contrat de pôle

Le directeur général signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle. Le contrat de pôle est co-signé par le président de la commission médicale d'établissement et président du comité de coordination des études médicales. Il est conclu pour une durée de quatre ans.

Ce contrat constitue l'outil privilégié de gestion interne et de dialogue. Il permet de garantir la cohérence entre les objectifs des pôles et la politique générale de l'établissement, ainsi qu'une meilleure lisibilité sur les objectifs et les moyens assignés aux différents pôles hospitalo-universitaire des HCL.

Le contrat de pôle définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs.

Il définit le champ et les modalités d'une délégation de signature accordée au chef de pôle permettant d'engager des dépenses dans les domaines listés à l'article R. 6146-8 du code de la santé publique.

Art. 29. Le projet de pôle

Le projet de pôle définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.

Le chef de pôle le finalise dans un délai de trois mois après sa nomination.

Art. 30. L'organisation et le fonctionnement des structures internes des pôles

L'organisation interne des pôles et les objectifs des services ou structures internes de pôles relèvent de la responsabilité du chef de pôle dans le cadre du contrat interne d'objectifs et de moyens, qui détermine la structuration interne des pôles.

Les pôles sont organisés en services qui constituent l'échelon de référence en matière d'organisation, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement de proximité des équipes médicales et paramédicales, d'encadrement des internes et des étudiants en santé ainsi qu'en matière de qualité de vie au travail.

Art. 31. Le chef de service

Les services sont dirigés par un chef de service, en étroite collaboration avec le ou les cadre(s) de santé.

Le chef de service est nommé, pour une durée de quatre ans renouvelable, par décision conjointe du directeur général et du président de la commission médicale d'établissement, après avis du chef de pôle.

Le chef de service et le(s) cadre(s) de santé sont associés au projet d'établissement, au projet de gouvernance et de management participatif et aux projets d'évolution de l'organisation interne de l'établissement.

Le chef de service est notamment associé par le chef de pôle à la mise en œuvre de la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle.

Le chef de service et le(s) cadre(s) de santé organisent la concertation interne et favorisent le dialogue avec l'encadrement et les personnels médicaux et paramédicaux du service.

Le chef de service constitue l'autorité de proximité du personnel médical affecté sur son service. A ce titre, il assure des fonctions d'encadrement et de management.

Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de chef de service par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement après avis du directeur de l'unité de formation et de recherche concernée et du président du comité de coordination des études médicales.

Titre 2 – Le personnel médical

Art. 32. Nomination et affectation des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques

Les praticiens hospitaliers sont nommés par arrêté du directeur général du Centre national de gestion, sur proposition du directeur général sur la base d'un profil de poste.

Ils sont affectés au sein de l'établissement par le directeur général des HCL.

En cas de mutation interne, l'affectation est assurée par le directeur général des HCL après avis du président de la commission médicale d'établissement et du chef de pôle, sur proposition du chef de service.

Art. 33. Obligation de service des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques / Organisation du temps de travail médical

Le service quotidien de jour couvre 10 demi-journées (journées du lundi au vendredi; samedi matin jusqu'à 13h30 inclus). Il est assuré par l'ensemble des praticiens du service en fonction de leurs obligations statutaires. Chaque période de jour se décompose en activité du matin et de l'après-midi.

Le service quotidien de jour comprend:

- les services médicaux, pharmaceutiques ou odontologiques quotidiens du matin et de l'après-midi auprès des patients hospitalisés et des consultants externes,
- le cas échéant, l'ensemble des activités internes et externes prévues par le code de la santé publique.

Des praticiens peuvent être affectés dans plusieurs services au titre de leurs activités de jour. Dans ce cas, le praticien effectue ses obligations dans les services concernés.

Les modalités relatives au temps médical sont détaillées dans les fiches réglementaires éditées par la direction des affaires médicales, et mises à jour régulièrement sur l'intranet, accessibles à l'ensemble des professionnels des HCL.

Art. 34. Remplacement des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques

Le remplacement des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques absents ponctuellement s'effectue par le biais d'une organisation interne propre à chaque service, sous la responsabilité des chefs de pôle et des chefs de service, permettant d'assurer la continuité et la sécurité des soins.

Dans la perspective d'une absence de plus longue durée, il peut être procédé au recrutement de praticiens hospitaliers contractuels, selon des modalités prédéfinies en lien avec la direction des affaires médicales, et sous réserve de la disponibilité du support budgétaire.

Art. 35. Les docteurs juniors

Le statut de docteur junior correspond à la phase 3 de la réforme du 3ème cycle (R3C), dite phase de consolidation. Le docteur junior a ainsi validé la phase socle et la phase d'approfondissement, et passé sa thèse d'exercice.

L'étudiant de troisième cycle est nommé en qualité de docteur junior par le directeur général.

Dans les trois mois qui suivent sa nomination, le docteur junior doit demander à être inscrit, pour la durée de la phase 3 restant à accomplir, sur un tableau spécial établi et tenu à jour par le conseil départemental de l'ordre dont il relève.

Le docteur junior suit sa formation sous le régime de « l'autonomie supervisée ». Il exerce ses fonctions par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève.

Le docteur junior exerce des fonctions de prévention, de diagnostic, de soins et, le cas échéant, des actes de biologie médicale ou des missions de pharmacie hospitalière, avec pour objectif de parvenir progressivement à une pratique professionnelle autonome.

Le docteur junior ne sera qualifié dans son diplôme d'études spécialisées (DES) et autorisé à exercer en toute autonomie qu'après avoir validé l'ensemble des connaissances et compétences de sa maquette de formation et après obtention de son DES, puis inscription définitive à l'Ordre dont il relève.

La durée de la période d'exercice en qualité de docteur junior est de 1 ou 2 ans selon les DES.

Art. 36. Les internes

Les internes sont des agents publics en formation spécialisée qui consacrent la totalité de leur temps à leur formation médicale, odontologique ou pharmaceutique en stage et hors stage.

Ils exercent leurs fonctions par délégation et sous l'autorité du praticien dont ils relèvent. Ils participent à la permanence des soins.

Les internes affectés aux HCL, en fonction de leur discipline et de leur affectation, ont l'obligation de participer au tour de garde des urgences, ainsi que, selon les cas, aux tours de gardes d'établissements (dits tours de garde de pavillons). Ces tours de garde sont proposés par la commission de la permanence des soins, la commission médicale d'établissement des HCL et arrêtés par le directeur général.

Des règlements intérieurs organisent les différents tours de gardes.

Art. 37. Les étudiants hospitaliers

Les étudiants hospitaliers participent à l'activité hospitalière sous la responsabilité de praticiens hospitaliers. Ils sont soumis aux règles déontologiques et éthiques de la profession médicale au cours des fonctions hospitalières qu'ils exercent, dans le cadre de leur formation.

Ils sont chargés de la tenue des observations et de certains actes médicaux de pratique courante. Ils sont associés à la permanence des soins.

Ils suivent les enseignements dispensés au sein de l'établissement hospitalier et doivent se conformer aux obligations de présence qui leur sont fixées.

Art. 38. Les sages-femmes

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

Art. 39. Les pharmaciens

Les pharmaciens hospitaliers gèrent les achats, l'approvisionnement, la détention et la gestion des produits de santé qu'ils dispensent aux patients hospitalisés ou en ambulatoires.

Ils réalisent également des préparations magistrales, hospitalières et officinales.

Ils mènent des actions de pharmacie clinique telles que les bilans de médication ou la conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie des patients.

Ils assurent la traçabilité de certains médicaments et dispositifs médicaux implantables.

Ils participent aux actions de pharmacovigilance, de matériovigilance et autres vigilances sanitaires.

Ils ont en charge la gestion de la stérilisation des dispositifs médicaux.

De manière générale, ils participent à la COMEDIMS, aux recherches biomédicales, aux actions de formation et d'enseignements des personnels pharmaceutiques et autres paramédicaux et, selon les établissements, à l'éducation thérapeutique, à la pharmacocinétique, à l'hygiène.

Art. 40. Les odontologues

Les odontologues sont responsables de l'organisation générale des soins et des actes (soins dentaires, prothèses, traitements d'orthodontie, ...) relevant de leur compétence, au sein des services de soins dentaires et d'odontologie hospitalière dont ils relèvent.

Titre 3 – La permanence des soins

Art. 41. L'organisation de la permanence des soins

La permanence des soins couvre toutes les nuits, le samedi après-midi, les journées de dimanche et jours fériés. Elle correspond à une activité de permanence sur place (garde) ou d'astreinte à domicile. En semaine, la permanence des soins (gardes et astreintes) commence à la fin du service normal de l'après-midi à 18h30 pour s'achever au début du service normal du lendemain matin à 8h30.

La permanence des soins permet d'assurer la sécurité des malades hospitalisés ou admis en urgence les nuits, week-end et jours fériés.

En plus du service de jour, sous réserve de l'avis de la CME, et sauf dispositions contraires, les praticiens sont soumis à l'obligation de participer à la permanence des soins (tours de gardes et d'astreintes) arrêtée par le directeur général après avis de la commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS). Les gardes et astreintes ont lieu la nuit, les week-ends (du samedi midi au lundi matin) et jours fériés. Seules les gardes ou astreintes proposées par la COPS et validées par le directeur général sont prises en compte.

Les seniors participent au service de garde médicale ou pharmaceutique en dehors du service normal de jour. Le repos de sécurité consécutif à chaque service de garde est obligatoire, dans les conditions fixées par la réglementation.

Art. 42. L'organisation des services fonctionnant en temps continu

Par dérogation à une organisation de la continuité des soins en demi-journées, le service quotidien de jour et la permanence sur place peuvent être organisés en temps médical continu lorsque l'intensité et la nature de l'activité sont globalement identiques le jour, la nuit, tous les jours de l'année et lorsque les effectifs de la structure le permettent.

Les obligations de service sont alors calculées en heures et non plus en demi-journées.

Le praticien est réputé avoir accompli ses obligations de service dès lors qu'il a effectué, dans la limite de 48 heures, la durée de travail prévue au tableau de service.

Aux HCL, sur proposition de la commission médicale d'établissement (CME) et après avis de la commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS), la direction générale a validé l'organisation en service médical continu pour les services suivants:

- Urgences du groupement hospitalier Sud
- Urgences - unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) du groupement hospitalier Nord
- Urgences médico-chirurgicales du groupement hospitalier Centre
- Service d'aide médicale urgente (SAMU)-et service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)

Section 5 – L'organisation de l'activité hospitalo-universitaire et de la recherche clinique

Art. 43. Organisation des missions d'enseignement

Les HCL sont un centre hospitalier et universitaire où sont organisés des enseignements publics médical, pharmaceutique et odontologique ainsi que des enseignements post-universitaires et des activités de recherche médicale, pharmaceutique et odontologique, ainsi que des activités de recherche paramédicale.

A cet effet, des conventions sont conclues avec l'Université Claude Bernard Lyon 1.

Par ailleurs, les HCL assurent également des formations aux carrières de santé, au sein de ses instituts de formation pour les filières suivantes : infirmier, aide-soignant, infirmier anesthésiste, infirmier de bloc opératoire, préparateur en pharmacie hospitalière, ambulancier, manipulateur en électro-radiologie et assistant de régulation médicale.

Ils participent à la formation régionale AURA du master en pratiques avancées infirmières, en partenariat avec quatre universités (Université Grenoble- Alpes, Université Jean Monnet Saint Etienne, Université Clermont Auvergne et Université Lyon 1).

Art. 44. Organisation de la recherche et de l'innovation

La direction de la recherche en santé et la direction de l'innovation sont les structures administratives centrales qui assurent le suivi des relations avec l'ensemble des partenaires extérieurs et qui gèrent les formalités administratives, les conventions.

La direction de la recherche en santé (DRS) négocie, rédige les contrats de recherche et apporte une expertise juridique.

Elle gère les appels à projets de recherche externes ou internes.

La direction de l'innovation (DI) joue un rôle de repérage, sélection et facilitation des projets innovants de tous types (innovation technologique, diagnostique, thérapeutique, numérique/IA, organisationnelle, managériale). Guichet unique pour les sollicitations internes et externes aux HCL, elle facilite la mise en relation entre les acteurs publics et privés de l'écosystème.

Elle gère les appels à projets externes et internes liés à l'innovation et anime la gouvernance « innovation » des HCL (Comités experts thématiques / Comité des Innovateurs).

En lien avec les équipes expertes de la recherche, elle assure les missions liées à la valorisation et la propriété intellectuelle, et à l'expertise des dispositifs médicaux innovants.

En étroite relation avec l'Université Claude Bernard Lyon 1, la direction de la recherche en santé pilote la réflexion sur la refonte de la gouvernance de la recherche (comité de pilotage, actualisation de la convention constitutive hospitalo-universitaire...)

Un comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique (CRBSP) qui associe les HCL, l'université Claude Bernard Lyon 1, ainsi que les établissements publics à caractère scientifique et technologique est consulté sur les orientations qui visent à promouvoir la politique de recherche en santé à Lyon.

Section 6 – Les circonstances particulières

Art. 45. Plan de vigilance et de sécurité générale

Dans le cadre des plans nationaux de vigilance, de prévention et protection (ex : Vigipirate), et des plans (zonal, régional, départemental) de sécurité générale (ex : Plan Particulier d'Intervention) ou notamment en cas de déclaration d'état d'urgence sanitaire, le directeur général a compétence et autorité pour prendre toutes les mesures indispensables à l'exécution et à la continuité de la mission du service public hospitalier. Il en informe les usagers et les professionnels. A ce titre, il peut notamment, réglementer, restreindre, contrôler, ou conditionner l'accueil, limiter, réguler, voire interdire l'accès, modifier, limiter, interdire la circulation ou le stationnement au sein des HCL, selon les critères exigés par les autorités compétentes en application de ces plans.

Art. 46. Plan blanc

En application des dispositions de l'article L. 3131-7 du code de la santé publique, les HCL sont dotés d'un plan, dit plan blanc. Son contenu est fixé à l'article R. 3131-13 du code de la santé publique.

Le plan blanc est arrêté par le directeur général des HCL, après avis du directoire, de la commission médicale d'établissement et du comité social d'établissement.

Le directeur informe le conseil de surveillance des dispositions du plan blanc. Ce plan est transmis au préfet de département, au directeur général de l'agence régionale de santé et au service d'aide médicale urgente (SAMU) territorialement compétent.

Le plan blanc détaille les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles.

Ce plan est décliné dans chacun des groupements hospitaliers et à l'hôpital Renée Sabran. Il permet de mobiliser les moyens (humains, organisationnels, techniques) de réponse adaptés à la nature et à l'ampleur de l'événement et d'assurer aux patients une prise en charge optimale.

Il est évalué et révisé chaque année.

Le déclenchement du Plan Blanc, et son pilotage relèvent de l'autorité et de la compétence du directeur de l'établissement de santé concerné, et/ou du directeur général des HCL (ou son représentant), le cas échéant à la demande du directeur général de l'ARS. Cette décision est prise en concertation avec le médecin responsable du SAMU.

Des fiches réflexes par secteur et/ou par métier sont mises à disposition au sein des services de l'établissement de santé. L'accès à l'ensemble des informations organisationnelles contenues dans la plan blanc est réservé aux personnels mobilisés en cellule de crise.

Le directeur général des HCL ou ses représentants, dans le cadre du déclenchement d'un Plan Blanc sur un ou plusieurs établissements, prennent toutes les mesures, notamment celles mentionnées à l'article 45 du présent règlement, indispensables pour assurer la sécurité des personnes et des biens en situation d'évènement majeur susceptible d'impacter l'organisation de l'hôpital.

Art. 47. Plan de continuité d'activité et plan de résilience numérique.

Conformément aux recommandations des pouvoirs publics, les Hospices Civils de Lyon déploient un plan de continuité d'activité qui vise en particulier à identifier et formaliser les besoins de continuité, identifier et gérer les risques prioritaires, choisir les scénarios à prendre en compte, formaliser les moyens et procédures à mettre en œuvre pour y faire face et définir la stratégie de reprise d'activité.

Cette réflexion s'applique en particulier dans le domaine numérique, puisqu'en application des dispositions de la loi n° 2018-133 du 26 février 2018, transposant la directive (UE) 2016/1148 du Parlement européen et du Conseil du 6 juillet 2016 concernant des mesures destinées à assurer un niveau élevé commun de sécurité des réseaux et des systèmes d'information dans l'Union, les HCL sont dotés d'une procédure de gestion de crises en cas d'incidents de sécurité ayant un impact majeur sur les services essentiels de l'établissement, dit plan de résilience.

Le plan de résilience détaille les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors d'incident majeur de cybersécurité. Ce plan est décliné dans chacun des groupements hospitaliers des HCL et à l'hôpital Renée Sabran. Il permet de mobiliser les moyens de réponse adaptés à la nature et à l'ampleur de l'événement et d'assurer aux patients une prise en charge optimale.

Son contenu est fixé au chapitre IV de l'arrêté du 14 septembre 2018 fixant les règles de sécurité et les délais mentionnés à l'article 10 du décret n°2018-384 du 23 mai 2018 relatif à la sécurité des réseaux et systèmes d'information des opérateurs de services essentiels et des fournisseurs de service numérique.

La décision de déclencher le Plan de résilience, et sa conduite, appartient au directeur général des HCL ou son représentant. Cette décision peut amener à arrêter les systèmes d'information essentiels des HCL.

Chapitre 2 : Dispositions relatives à la prise en charge des patients (règles applicables aux patients, visiteurs et accompagnants)

Section 1 – Les principes régissant l'accès aux soins – Les droits des usagers et règles de fonctionnement de l'établissement

Titre 1 – Les droits des patients

Art. 48. Charte de la personne hospitalisée et livret d'accueil

Un livret d'accueil est diffusé aux patients admis aux HCL.

Il comporte l'ensemble des informations utiles sur les conditions de séjour et de prise en charge.

La charte de la personne hospitalisée, annexée au présent règlement intérieur, figure dans le livret d'accueil et est affichée dans des lieux visibles pour les usagers.

Art. 49. Principe du libre choix du patient

Le droit du patient au libre choix de son praticien, de son établissement de santé et de son mode de prise en charge est un principe fondamental de la législation sanitaire.

Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont le patient relève et doit être concilié avec les règles de fonctionnement de l'hôpital, et compte-tenu des disponibilités en lits et en personnel. Il peut être limité en cas d'urgence.

Ce droit ne permet pas aux patients ou à d'autres personnes de s'opposer à ce qu'un professionnel de santé procède à un acte pour des motifs connus ou supposés d'origine religieuse. Il ne leur permet pas non plus d'exiger une adaptation du fonctionnement de l'hôpital basé sur la mixité des équipes.

Titre 2 – Les règles de fonctionnement de l'établissement

Art. 50. Respect des professionnels des HCL

Les patients, les accompagnateurs, les familles et les visiteurs sont tenus de respecter les professionnels des HCL.

À ce titre, il ne saurait être toléré les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages, à l'égard de ces personnels, ces faits étant réprimés par les articles 433-1 à 5 et 222-13 du code pénal.

Par ailleurs, le tutoiement et toute forme de familiarité avec les professionnels sont proscrits, sauf en cas d'accord explicite de ces derniers.

Chaque atteinte ou infraction fera l'objet d'un signalement au directeur d'établissement ou son représentant qui prendra les mesures nécessaires dans le cadre de son pouvoir de police. En outre, les HCL pourront se porter partie civile à l'appui des plaintes déposées auprès des autorités de police par les personnels HCL victimes dans l'exercice de leurs fonctions.

Art. 51. Respect des biens des HCL

Les patients, les accompagnateurs, les familles et les visiteurs doivent veiller au respect des locaux et objets mis à leur disposition.

Les dégradations commises volontairement peuvent, sans préjudice des procédures judiciaires consécutives à un dépôt de plainte (articles 433-3, 322-3 et 311-4 du code pénal), et de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion et/ou l'interdiction de présence de l'usager, accompagnateur, visiteur ainsi que du patient, dans le cadre du pouvoir de police du directeur d'établissement ou son représentant, en concertation avec le corps médical.

Art. 52. Sanction des troubles à l'ordre public

Les patients, les accompagnateurs, les familles et les visiteurs doivent respecter le bon fonctionnement des services, ne pas causer de désordres, et respecter le calme et la tranquillité.

Lorsqu'un patient, un accompagnateur, un visiteur, ou un tiers, dûment averti oralement ou par écrit, cause des troubles persistants et nuit au bon fonctionnement du service, et en particulier en méconnaissant les articles 50 et 51 du présent règlement intérieur, le directeur de l'établissement prend, en lien avec le chef de service ou son représentant toutes les mesures appropriées pouvant aller, éventuellement, jusqu'à l'exclusion et/ou l'interdiction de présence de l'intéressé.

Toute infraction au présent article pourra également faire l'objet de poursuites pénales.

Section 2 – L'admission des patients

Titre 1 – Les formalités d'admission

Art. 53. Décision d'admission

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

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

Art. 54. Formalités d'admission

L'admission d'un patient donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du patient et aux conditions de prise en charge de son hospitalisation.

Art. 55. Désignation de la personne à prévenir

Lors de son admission, chaque patient est invité à désigner une personne à prévenir.

Dans le respect du secret éventuellement demandé par le patient, des mesures sont prises pour que l'entourage des patients hospitalisés en urgence soit prévenu.

Art. 56. Désignation de la personne de confiance

Lors de son admission ou dès que son état le permet, le patient majeur est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance qui peut être distincte de la personne à prévenir. Cette désignation est valable pour la durée du séjour hospitalier sauf si le patient en dispose autrement. Elle est révisable et révocable à tout moment.

La personne désignée peut refuser d'être personne de confiance.

La personne de confiance est la personne qui sera consultée au cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté. Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

La personne de confiance ne dispose pas, en cette seule qualité, d'un droit d'accès au dossier médical du patient.

Titre 2 – Les modes d'admission

Art. 57. Admission à la demande d'un médecin traitant ou suite à une consultation

En dehors des cas d'urgence, l'admission est décidée sur présentation d'un certificat médical d'un médecin traitant ou appartenant à un service de consultations de l'établissement attestant la nécessité du traitement hospitalier.

Ce courrier est adressé au médecin du service hospitalier et doit donner tous renseignements d'ordre médical utiles à ce dernier pour le diagnostic et le traitement. Il doit également indiquer la discipline dans laquelle doit être admis l'intéressé.

Art. 58. Admission programmée

Lorsque l'admission d'un patient est programmée, une convocation lui est remise ou adressée, après avis du chef de service. La personne hospitalisée est invitée à se rendre au bureau des admissions du site où lui est remis un document précisant les conditions de sa prise en charge et les pièces à présenter le jour de son admission.

Une admission programmée peut être annulée au dernier moment pour lit indisponible suite à l'accueil de patients en urgence (cas de force majeure). Dans ce cas, le patient en est informé dans les meilleurs délais.

Art. 59. Transfert

Lorsqu'un médecin du site de prise en charge constate que l'état d'un patient requiert des soins relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée au sein du site ou nécessitant des moyens dont le site ne dispose pas, le directeur de l'établissement doit prendre toutes les mesures nécessaires pour que le malade soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible de délivrer les soins requis.

Une information sur ce transfert est délivrée à la personne à prévenir (que le patient a désignée lors de son admission) ou à défaut à un membre de sa famille.

Sauf cas d'urgence, le malade doit être informé au préalable de son transfert, provisoire ou définitif, qui ne peut être effectué sans son consentement.

L'admission dans ce nouvel établissement est décidée, sauf cas d'urgence, par son directeur après entente entre les médecins concernés et au vu d'un certificat médical adéquat.

Titre 3 – Dispositions particulières relatives aux admissions de certains patients

Art. 60. Admission des mineurs

Sauf urgence, l'admission d'un mineur est prononcée à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale sur celui-ci ou à la demande de l'autorité judiciaire.

Cependant, si le mineur désire garder le secret de son hospitalisation, et si cette dernière s'impose pour sauvegarder la santé du mineur, le médecin doit s'efforcer d'obtenir son consentement pour que l'une des personnes exerçant l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés.

Si le mineur maintient son refus, le médecin mettra en œuvre le traitement ou l'intervention. Le mineur, dans ce cas, devra être accompagné par la personne majeure de son choix.

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

Le directeur peut, à la demande des médecins, autoriser le père ou la mère à rester toute la journée ou à coucher auprès de son enfant, dans la mesure où les conditions de l'hospitalisation le permettent.

Art. 61. Admission des majeurs incapables

L'admission d'un incapable majeur sous tutelle est prononcée par le directeur, à la demande du tuteur qui le représente légalement et sous le contrôle du juge des tutelles. Il n'existe pas de régime dérogatoire pour les majeurs placés sous un régime de curatelle.

L'avis du majeur incapable hospitalisé est également recueilli lors de l'admission, chaque fois que cela est possible.

Art. 62. Prise en charge des enfants présents lors d'un féminicide ou homicide au sein du couple

Les mineurs présents lors d'un féminicide ou homicide au sein de leur cellule familiale sont admis dans l'établissement selon les conditions prévues par le protocole de prise en charge conclu par la procureure générale près la cour d'appel de Lyon, les HCL, le centre régional du psychotraumatisme Auvergne-Rhône-Alpes, les services du SAMU et de pédopsychiatrie de l'HFME, le centre hospitalier de Villefranche-sur-Saone, la métropole de Lyon et le département du Rhône.

Art. 63. Admission des femmes enceintes

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

Art. 64. Accouchement sous le secret

Lors de l'accouchement, la mère peut demander que le secret de son admission et de son identité soit préservé. Dans ce cas, aucune pièce d'identité n'est exigée et aucune enquête n'est entreprise.

Le directeur informe de cette admission le directeur du service métropolitain ou départemental de l'aide sociale à l'enfance.

La mère est invitée à laisser tous renseignements, documents ou objets qu'elle juge importants pour l'enfant et qu'elle souhaite lui transmettre sous pli fermé, qui sera remis ensuite au correspondant départemental du conseil national pour l'accès aux origines personnelles (CNAOP). Elle est également informée des mesures instituées pour aider les parents à élever eux-mêmes leurs enfants, des conséquences juridiques de sa demande, des délais de rétractation, des conditions suivant lesquelles l'enfant pourra être repris ainsi que sa possibilité de lever le secret à tout moment pendant ledit délai prévu légalement.

Les frais d'hébergement et d'accouchement des femmes qui ont demandé, lors de leur admission, à ce que le secret de leur identité soit préservé sont pris en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance. Toutefois cette prise en charge n'est pas de droit lorsque le nom du père ou de la mère figure dans l'acte de naissance établi dans le délai légal de trois jours.

Art. 65. Interruption volontaire de grossesse

Au sein des HCL, quatre centres d'orthogénie accueillent et aident les femmes souhaitant pratiquer une interruption volontaire de grossesse.

Si la patiente est mineure non émancipée, le consentement de l'une des personnes exerçant l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est requis. Ce consentement doit être accompagné de celui de la mineure, exprimé en dehors de la présence des parents ou du représentant légal.

Si la mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que l'une des personnes exerçant l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés. Si la mineure persiste dans son intention, l'acte peut être pratiqué. Dans ce cas, la mineure est accompagnée par la personne majeure de son choix.

Le dossier d'admission doit comporter une autorisation écrite signée par la patiente de pratiquer l'intervention et les actes qui lui sont liés.

Le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher une interruption volontaire de grossesse ou les actes ou soins qui lui sont préalables constitue un délit d'entrave à l'IVG puni pénalement.

Lorsque cette infraction est commise, le directeur général porte plainte contre son ou ses auteur(s) pour délit d'entrave.

Art. 66. Patients faisant l'objet de mesures privatives de liberté

Les détenus malades ou blessés qui ne peuvent, en raison de leur état de santé, être transférés dans un établissement pénitentiaire approprié ou spécialisé ou, s'ils sont prévenus, qui ne peuvent être éloignés des juridictions devant lesquelles ils ont à comparaître, sont, sur autorisation du ministre de la justice et à la diligence du préfet, hospitalisés dans une chambre avec possibilité d'isolement.

Au sein des Hospices Civils de Lyon, les hospitalisations des détenu(e)s et prévenu(e)s sont organisées de manière générale au sein de l'Unité d'Hospitalisation Sécurisée Interrégionale de l'Hôpital Lyon Sud.

Dans tous les autres cas, la personne concernée doit pouvoir faire l'objet d'une surveillance par les services de police ou de gendarmerie, sans entraîner de gêne pour l'exécution du service hospitalier ou pour les autres patients.

L'hospitalisation des détenus et des prévenus, dans les conditions rappelées ci-dessus, ne peut être mise en œuvre que sur autorisation du ministre de la justice et à la diligence du préfet.

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

Les détenus sont hospitalisés en régime commun. Cependant, sur décision expresse du ministre en charge de la justice, ils peuvent être traités, à leurs frais, en régime particulier, si la surveillance prévue à l'article ci-dessus ne gêne pas les autres patients.

Tout incident grave touchant à l'ordre, à la discipline ou à la sécurité du site doit être immédiatement porté par le directeur de l'établissement à la connaissance du préfet et du procureur de la République, en même temps qu'à celle du directeur régional des services pénitentiaires et du ministre de la justice.

Si l'incident concerne un prévenu, avis doit en être donné également au magistrat saisi du dossier de l'information et, si l'incident concerne un condamné, au juge de l'application des peines.

Si le détenu appartient aux forces armées, l'autorité militaire doit en outre être avisée.

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

Art. 67. Patients militaires

Les militaires, y compris les mineurs non émancipés, sont, hors les cas d'urgence, admis sur la demande de l'autorité militaire compétente et dans les conditions prévues par le code de la santé publique.

En cas d'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, le directeur général signale cette admission au chef de corps ou, à défaut, à la gendarmerie.

Dès que l'état de santé de l'hospitalisé le permet, celui-ci est évacué sur l'hôpital des armées le plus proche.

Art. 68. Patients toxicomanes

Les toxicomanes qui se présentent spontanément aux HCL afin d'y être traités, peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission.

Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants. Ces personnes peuvent demander aux médecins qui les ont traitées un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement.

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

Art. 69. Patients étrangers

Les étrangers non-résidents en France sont admis dans les mêmes conditions que les ressortissants français. À cet égard, ils doivent justifier, au moment de leur admission, de la prise en charge des frais de séjour par un organisme de protection sociale ou acquitter la totalité des frais sur la base d'un devis réalisé par l'unité de soins.

En cas d'urgence médicalement constatée, l'admission d'un patient non-résident en France est de droit, quelles que soient les conditions de sa prise en charge administrative.

Art. 70. Patients agents des HCL

Si le patient est un agent titulaire, stagiaire ou praticien hospitalier à temps plein en poste aux HCL, son ticket modérateur sera pris en charge pour les soins externes ou les hospitalisations.

S'il souhaite bénéficier d'une chambre particulière, les frais correspondants ne seront pas pris en charge par les HCL, mais pourront être facturés à sa mutuelle, selon les conditions mentionnées sur la prise en charge remise lors de l'admission.

Titre 4 – Dispositions relatives aux naissances

Art. 71. Déclarations de naissance

La déclaration de la naissance d'enfants au sein d'un des établissements des HCL est effectuée par un agent de cet établissement chargé de l'état civil ou à leur demande par le père ou la mère, conformément aux dispositions du code civil, dans les cinq jours suivant l'accouchement.

Un document déclaratif est établi à cet effet par le directeur ou son représentant, sur les indications données par la mère du nouveau-né. Un exemplaire de ce document est transmis par un agent de l'établissement à la mairie (de l'arrondissement ou de la commune où a eu lieu la naissance).

Un second exemplaire de ce document est inclus dans le registre alphabétique d'inscription des naissances tenu par l'établissement.

Art. 72. Déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale

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

Au vu de ce certificat, l'officier d'état civil établira un acte de naissance et un acte de décès.

Cette procédure concerne tout enfant né vivant et viable, même s'il n'a vécu que quelques instants et quelle qu'ait été la durée de la gestation.

S'agissant des enfants nés vivants mais non viables, l'officier de l'état civil établit un acte d'enfant sans vie dont la délivrance est conditionnée à la production d'un certificat médical attestant l'accouchement de la mère.

Ne sont pas concernées les interruptions spontanées précoces de grossesse et les interruptions volontaires de grossesse.

La déclaration d'enfant sans vie est établie conformément aux dispositions du code civil.

Cette déclaration est enregistrée sur le registre des décès de l'établissement.

Titre 5 – Les consultations externes et l'activité libérale

Art. 73. Consultations externes publiques au sein des HCL

Les HCL organisent des consultations et soins au bénéfice des patients externes. Les informations relatives à ces consultations et soins sont consultables sur le site internet de l'établissement.

Art. 74. Tarifs des consultations externes

Les tarifs des consultations et actes pratiqués à titre externe à l'hôpital correspondent aux tarifs publics fixés par conventions entre l'assurance maladie et les professionnels de santé, sur la base des nomenclatures en vigueur.

Les tarifs des actes non prévus par ces nomenclatures sont fixés par l'hôpital.

Tout patient ne bénéficiant pas d'une couverture sociale ou ne pouvant justifier de l'ouverture de droits à un quelconque organisme de prévoyance, doit s'acquitter de l'intégralité des soins externes auprès de l'hôpital.

Lorsqu'il bénéficie d'un "tiers payant" pour la part sécurité sociale, le patient paie seulement le ticket modérateur sauf situation d'exonération spécifique ou de prise en charge par un autre organisme tiers.

La Permanence d'Accès aux Soins de Santé ou le service social hospitalier peuvent intervenir pour l'accès aux consultations des personnes dépourvues de couverture sociale ou de ressources suffisantes.

Art. 75. Activité libérale des médecins des HCL

L'activité libérale (deux demi-journées par semaine maximum et un volume d'actes et de consultations inférieur à celui de l'activité publique) est accessible aux : Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers, Maîtres de conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers, Chefs de clinique des Universités-Assistants des hôpitaux, Assistants Hospitalo-Universitaires, Praticiens Hospitalo-universitaires, Praticiens Hospitaliers temps plein, Praticiens Hospitaliers et Maîtres de conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers en période probatoire (en cas de non titularisation du praticien hospitalier à l'issue de la période probatoire, le contrat d'activité libérale devient caduc) et aux Praticiens Hospitaliers temps plein avec une activité réduite à huit ou neuf demi-journées par semaine (une demi-journée maximum par semaine d'activité libérale).

Seuls les praticiens ayant adhéré à la convention régissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, d'une part, et n'exerçant pas d'activité libérale en dehors des établissements publics de santé, d'autre part, peuvent exercer une activité libérale. L'exercice de cette activité est subordonné à la signature d'un contrat d'activité libérale avec le directeur d'établissement validé par l'agence régionale de santé et au respect des règles fixées aux articles 76 à 78 du présent règlement.

Art. 76. Prise en charge du patient au titre de l'activité libérale

Les patients peuvent demander à être soignés ou hospitalisés dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien. Dans ce cas, le patient doit recevoir au préalable une information écrite sur le tarif des actes effectués, le montant du dépassement éventuel et les conditions de leur remboursement par l'assurance maladie. Cette information doit également être fournie lorsque des actes hors nomenclatures sont réalisés. L'information écrite ne remet pas en cause le principe de fixation des honoraires avec tact et mesure.

Le patient qui souhaite être pris en charge en secteur libéral doit formuler cette demande par écrit dès son admission.

Art. 77. Contrôle de l'activité libérale

Un contrôle est assuré sous l'égide de la commission centrale de l'activité libérale et des commissions locales. Il s'agit notamment de vérifier le bon fonctionnement de l'activité libérale des praticiens et de veiller au respect des conditions réglementaires.

La commission d'activité libérale se réunit deux fois par an au niveau central et au niveau des établissements afin d'assurer un contrôle de cette activité.

Art. 78. Tarifs des activités libérales

Les tarifs des honoraires pratiqués ainsi que les dépassements éventuels sont affichés de façon visible et lisible dans la salle d'attente ou le lieu d'exercice, et ce même si le reste à charge pour le patient est nul.

Titre 6 – Les alternatives à l'hospitalisation

Art. 79. Structures de soin alternatives à l'hospitalisation

Les HCL proposent des structures de soins alternatives à l'hospitalisation. Ces structures ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Les prestations ainsi dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile.

Art. 80. Structures d'hospitalisation à temps partiel

Dans les structures d'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit, sont mises en œuvre des investigations à visée diagnostique, des actes thérapeutiques, des traitements médicaux séquentiels et des traitements de réadaptation fonctionnelle, ou une surveillance médicale.

Art. 81. Prise en charge en ambulatoire

Dans les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires sont mis en œuvre, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire.

Section 3 – La prise en charge en urgence

Art. 82. Admission en urgence (ou directe)

Lorsque l'état d'un malade nécessite des soins urgents, le directeur de l'établissement prend toute mesure pour que ces soins soient délivrés. Notamment, il prononce l'admission même en l'absence des pièces nécessaires à l'ouverture de son dossier.

Tout malade ou blessé dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement signe une attestation traduisant expressément ce refus. A défaut, un procès-verbal du refus est dressé.

Lorsqu'un patient admis aux urgences refuse de quitter l'hôpital après avoir reçu des soins sans que son état justifie une admission en service d'hospitalisation, il peut être sur décision du directeur de l'établissement et après avis médical, soit reconduit à la sortie du site, soit adressé à un organisme à caractère social.

Art. 83. Information sur les patients hospitalisés en urgence

Sauf si le patient a demandé le secret sur sa prise en charge, toutes mesures utiles sont prises pour que la famille des malades ou blessés hospitalisés en urgence soit prévenue.

Les proches sont notamment informés en cas de transfert dans un autre établissement, d'aggravation de l'état de santé ou de décès.

Aucune information sur l'admission du patient et son état de santé ne peut être délivrée à des tiers sans son accord exprès sur le contenu des informations diffusées. En particulier aucune information ne peut être donnée par téléphone.

Art. 84. Intervention du personnel en cas d'urgence ou d'accident survenant à proximité immédiate d'un établissement hospitalier

En cas d'urgence ou d'accident signalé à proximité immédiate d'un site hospitalier, les personnels du site, quels que soient leurs grades ou leurs fonctions, sont tenus de porter secours aux malades ou aux blessés en péril sur la voie publique.

Une procédure relative à la prise en charge des urgences vitales intra-hospitalières est mise en place au sein de l'établissement.

Art. 85. Biens des patients pris en charge en urgence

Lorsqu'un patient est pris en charge en urgence et se trouve dans l'incapacité de procéder aux formalités de dépôt, ces formalités sont accomplies par le personnel de l'établissement.

Un inventaire de tous les objets dont la personne admise est porteuse est dressé par le responsable du service des admissions, ou tout autre agent de l'établissement, et l'accompagnant ou, à défaut, un autre agent.

Les objets et l'inventaire sont remis au régisseur. Un exemplaire de l'inventaire est enregistré dans le dossier patient.

Dès que son état le permet, la personne admise est informée dans les conditions prévues à l'article R. 1113-1 du code de la santé publique. Elle obtient le reçu contenant l'inventaire des objets déposés. Elle procède, le cas échéant, au retrait des objets qui ne peuvent rester en dépôt en raison de leur nature. La liste des objets maintenus en dépôt, dressée après un inventaire contradictoire, est inscrite au registre spécial mentionné à l'article R. 1113-4 du code de la santé publique.

Section 4 – Information et consentement aux soins

Titre 1 – Information du patient

Art. 86. Droit à l'information

Toute personne admise en hospitalisation ou venant en consultation doit être informée des nom et qualité des praticiens et des personnes appelées à la prendre en charge.

Toute personne a le droit de recevoir une information appropriée, accessible et loyale sur son état de santé. Sa volonté 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.

Les patients sont associés aux choix thérapeutiques les concernant. Ils sont notamment informés préalablement de la nature, des risques et des conséquences que les actes médicaux et chirurgicaux peuvent entraîner, ainsi que des conséquences prévisibles en cas de refus de soins.

L'information est délivrée au cours d'entretiens individuels au cours desquels le patient peut, s'il le souhaite, être accompagné par sa personne de confiance ou toute autre personne

Seules l'urgence, l'impossibilité d'informer ou la volonté du patient d'être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic peuvent l'en dispenser.

Le dossier médical doit retracer l'ensemble des éléments relatifs à l'information donnée ou mentionner les raisons ayant fait obstacle à celle-ci.

Art. 87. Information sur les accidents médicaux, les affections iatrogènes ou les infections nosocomiales

En cas d'accident médical, d'affection iatrogène ou d'infection associées aux soins, le médecin est tenu d'informer la personne qui en est victime ou qui s'en estime victime sur les circonstances ou les causes de ce dommage. Cet événement doit être tracé dans le dossier médical du patient. Le cas échéant, cette information est délivrée à ses ayants droit ou à son représentant légal.

Cette information est délivrée au plus tard dans les quinze jours suivant la découverte du dommage ou la demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix.

Art. 88. Information du patient mineur

Le droit à l'information des mineurs est exercé par les titulaires de l'autorité parentale.

Le patient mineur a le droit de recevoir lui-même une information et de participer à la prise de décision le concernant, d'une manière adaptée à son âge et à son degré de maturité.

Art. 89. Information du patient majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique

Le droit à l'information des majeurs protégés est exercé au besoin avec l'assistance de la personne chargée de sa protection.

Art. 90. Information des proches

Dans chaque service, les médecins reçoivent la famille et les proches des patients hospitalisés, sauf opposition de leur part, soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des patients et de leurs familles.

Art. 91. Information du médecin traitant – Lettre de sortie

Une lettre de liaison est remise obligatoirement au patient le jour de sa sortie en hospitalisation conventionnelle et transmise le jour-même au médecin traitant et le cas échéant, au médecin adresseur.

Outre les informations administratives, celle-ci mentionne le motif d'hospitalisation, la synthèse médicale du séjour, les traitements prescrits à la sortie de l'établissement ainsi que ceux arrêtés durant le séjour et le motif d'arrêt ou de remplacement, le cas échéant, les éléments et informations attendus, qui compléteront cette lettre de liaison et les suites à donner y compris d'ordre médico-social.

Titre 2- Consentement

Art. 92. Principes généraux du consentement aux soins

Le patient prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Il 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. L'équipe médico-soignante sauvegarde la dignité de la personne et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant des soins palliatifs.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Art. 93. Recueil du consentement

Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Il doit être recueilli préalablement à l'acte de soins hors le cas où l'état du patient rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir. Dans ce cas le médecin peut délivrer les soins indispensables.

Le médecin retrace au dossier médical les éléments permettant de justifier de l'information donnée au patient et du consentement donné par celui-ci. Le cas échéant, il retrace les éléments permettant de justifier les raisons pour lesquelles le consentement éclairé du patient n'a pas pu être recueilli.

Certains actes et/ ou soins requièrent la formalisation d'un consentement écrit du patient. Le formulaire de recueil de consentement HCL est accessible sur la gestion électronique des documents (GED).

Art. 94. Recueil du consentement – patient hors d'état d'exprimer sa volonté

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

Lorsque la personne en fin de vie est hors d'état d'exprimer sa volonté, la décision de limitation ou d'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être prise qu'à l'issue de la procédure collégiale prévue à l'article L.1110-5 du code de la santé publique et dans le respect des directives anticipées et, en leur absence, après avoir recueilli le témoignage de la personne de confiance ou à défaut des proches au sujet de la volonté exprimée de son vivant par le patient.

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

Art. 95. Recueil du consentement – patient mineur

Les droits des mineurs en matière d'information et de consentement aux soins sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale.

Les actes usuels peuvent être effectués avec l'accord d'un seul des titulaires de l'autorité parentale. En cas d'intervention chirurgicale, sauf urgence, une autorisation écrite et signée est obligatoire.

Le consentement des mineurs doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision après avoir reçu l'information adaptée à leur degré de maturité.

En cas de refus ou si le consentement des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention médicale ou chirurgicale, en dehors des cas d'urgence.

Dans le cas où le refus des titulaires de l'autorité parentale risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables.

Le consentement du seul mineur est suffisant :

- si le mineur est émancipé ;

- si le mineur, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à ce titre de la couverture maladie universelle ; - si le mineur s'oppose expressément à la consultation des titulaires de l'autorité parentale en souhaitant garder le secret sur son état de santé (article L. 1111-5 du code de la santé publique).

Dans ce cas, le médecin doit au préalable tenter de persuader le mineur de consulter ses représentants légaux. S'il persiste dans son refus, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Art. 96. Recueil du consentement – patient majeur protégé

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

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

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 majeur protégé, le médecin délivre les soins indispensables.

Art. 97. Recueil du consentement en cas d'enseignement clinique

L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son information et son consentement préalables.

Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des patients.

Art. 98. Refus de soins

Lorsque le patient, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le patient de ses conséquences.

Le médecin retrace au dossier médical les éléments permettant de justifier de l'information donnée au patient et du refus opposé par celui-ci.

Titre 3 – Personne de confiance et directives anticipées

Art. 99. Personne de confiance

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

La personne de confiance rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation aux HCL il est proposé au patient de désigner une personne de confiance. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement. Cette déclaration est intégrée au dossier patient. Si le patient ne souhaite pas désigner de personne de confiance, ce refus est tracé dans le dossier patient.

Art. 100. 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. 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 conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute Autorité de santé. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige.

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.

Lorsque le médecin juge que les directives anticipées rédigées par un patient sont manifestement inappropriées ou non conformes à sa situation médicale, il peut décider d'en refuser l'application. Cette décision est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, définit les conditions d'information des patients et les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. Les directives anticipées sont notamment conservées sur un registre national faisant l'objet d'un traitement automatisé dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Lorsqu'elles sont conservées dans ce registre, un rappel de leur existence est régulièrement adressé à leur auteur.

Le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées.

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.

Section 5 - Dossier patient aux HCL

Titre 1 – Le dossier patient

Art. 101. Dossier patient

Le dossier patient rassemble toutes les informations formalisées relatives à la prise en charge du patient au sein des HCL (administrative, médicale, paramédicale, sociale).

Il permet d'assurer le lien entre les différents professionnels de santé et les différents services qui interviennent lors du séjour d'un patient et favorise ainsi une prise en charge coordonnée et continue.

Il assure la traçabilité de tous les actes.

Art. 102. Contenu du dossier patient

Le dossier patient contient obligatoirement l'ensemble des éléments du dossier médical constitué conformément aux dispositions de l'article R. 1112-2 du code de la santé publique.

Les règles à appliquer par tous les professionnels de santé, depuis la création du dossier patient jusqu'à son élimination, afin de garantir la qualité et la continuité des soins sont fixées par le guide Dossier patient aux HCL.

Ce guide précise la composition et les modalités de gestion du dossier: création, tenue, confidentialité, partage de l'information, accès au dossier pour le patient, évaluation, conservation, archivage, destruction.

Les règles fixées par ce guide s'appliquent à l'activité publique et libérale.

Titre 2 – La communication du dossier médical

Art. 103. Communication du dossier au patient

Tout patient peut avoir accès à l'ensemble des informations concernant sa santé, détenues par les HCL, à quelque titre que ce soit, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Le patient peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire 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 de communication est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans.

La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

Les HCL ne sont pas tenus de satisfaire aux demandes de communication manifestement abusives par leur nombre ou leur caractère systématique.

En cas de refus de communication ou d'absence de réponse, le demandeur peut saisir la commission d'accès aux documents administratifs (C.A.D.A.).

Art. 104. Communication du dossier d'un patient mineur

Dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès au dossier médical est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. À la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

Le mineur qui souhaite garder le secret de son hospitalisation dans les conditions de l'article 60 du présent règlement peut s'opposer à ce que le médecin communique ces informations aux titulaires de l'autorité parentale.

Lorsque le médecin est saisi d'une telle demande de la part des personnes exerçant l'autorité parentale, il doit s'efforcer d'obtenir le consentement de la personne mineure à la communication de ces informations.

Toutefois, si le mineur maintient son opposition, la demande précitée ne peut être satisfaite tant que l'opposition est maintenue.

Par ailleurs, l'intérêt supérieur de l'enfant, protégé par l'article 3 de la convention internationale des droits de l'enfant, peut néanmoins faire obstacle à la communication aux titulaires de l'autorité parentale des informations médicales concernant une personne mineure, si cette communication est susceptible de constituer une menace pour la santé ou la sécurité de l'enfant.

Art. 105. Communication du dossier à un patient majeur protégé

Dans le cas d'une personne sous tutelle, c'est le tuteur de la personne qui exerce le droit d'accès au dossier médical.

Dans le cas d'une personne sous curatelle, le majeur protégé doit exercer lui-même son droit d'accès aux informations médicales qui le concernent, sauf s'il donne un mandat en ce sens à son curateur.

Art. 106. Communication du dossier d'un patient décédé

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. Toutefois, en cas de décès d'une personne mineure, les titulaires de l'autorité parentale conservent leur droit d'accès à la totalité des informations médicales la concernant, à l'exception des éléments relatifs aux décisions médicales pour lesquelles la personne mineure, le cas échéant, s'est opposée à l'obtention de leur consentement dans les conditions de l'article 95 du présent règlement.

Art. 107. Modalité d'accès au dossier d'un patient aux HCL

Les modalités d'accès au dossier médical mises en place aux HCL sont disponibles sur la GED.

Titre 3 – Le traitement des données à caractère personnel

Art. 108. Respect de la vie privée et secret des informations concernant les patients

Toute personne prise en charge au sein des HCL a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne, venues à la connaissance des professionnels de santé mais également toutes les personnes qui interviennent auprès du patient dans le cadre de leurs activités professionnelles ainsi que les bénévoles au sein de l'établissement hospitalier et également les représentants des usagers.

Toutefois, un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que

ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable.

Le patient est informé de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations le concernant. Il peut exercer ce droit à tout moment.

Art. 109. Contrôle des accès au dossier médical

L'accès au Dossier Patient informatisé (DPI) ne peut se faire que si le professionnel dispose d'une habilitation accordée par le responsable. Le professionnel habilité dispose d'un mot de passe et d'un profil qui détermine ses droits d'accès. Il s'engage à s'interdire toute indiscretion, à ne consulter que les informations des patients dont il a la charge et à respecter la procédure réglementaire prévue pour avoir la communication de son propre dossier.

Toute consultation des documents contenus dans le Dossier Patient informatisé fait l'objet d'une traçabilité de lecture (signature électronique, date et heure) et des contrôles réguliers et aléatoires sont réalisés pour vérifier le respect des principes d'accès et de consultation énoncés ci-dessus.

Une commission, instituée par la CSN-CME (commission des services numériques, de l'information médicale et du dossier patient de la CME), en lien avec le comité dossier patient (CODOPA) est chargée du contrôle des accès au Dossier Patient Informatisé (3CA-DPI : commission en charge du contrôle des accès au DPI).

Elle a pour mission de vérifier la légitimité des accès aux DPI, en rendant un avis sur la situation dont elle est saisie, pour permettre de répondre aux patients ayant saisi la DQUSP à cet effet, de proposer toute évolution utile à la CSI-CME /CODOPA sur la base des situations observées, de s'assurer du suivi de la gestion des situations d'accès illégitimes ou des incidents identifiés au cours des commissions précédentes et de proposer les actions de communication et de sensibilisation au respect des règles d'accès au DPI par les professionnels des HCL.

Tout professionnel qui consulterait des éléments du dossier patient sans y être habilité ou sans être concerné par la prise en charge du patient peut être poursuivi en justice et faire l'objet de sanctions disciplinaires allant jusqu'à la révocation.

Art. 110. Traitements automatisés des données à caractère personnel

Les données confiées par les patients, en consultation, en hospitalisation ou dans le cadre de la recherche clinique, font l'objet d'un traitement qui répond aux exigences de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés et du règlement général sur la protection des données (RGPD). Afin de protéger la confidentialité des informations recueillies, le système informatique des HCL est sécurisé et les

traitements automatisés d'informations identifiantes doivent faire l'objet d'une déclaration auprès du délégué à la protection des données (DPO) des HCL.

L'ensemble des informations est soumis au secret professionnel et au respect de la confidentialité.

Elles ne peuvent être communiquées qu'aux professionnels habilités et aux personnes autorisées en vertu de la loi.

Toute personne dispose d'un droit d'accès et de rectification aux informations la concernant.

Toute personne peut s'opposer, pour des motifs légitimes, à ce que des informations identifiantes la concernant fassent l'objet d'un traitement.

Les HCL sont dotés d'une charte des bons usages des systèmes d'information numériques.

Concernant le traitement des données personnelles des agents des HCL : les données des agents des HCL sont collectées et traitées à différentes fins. Un espace dédié du site intranet détaille ces finalités et informe également des potentiels destinataires de ces données, de leurs durées de conservation, ainsi que de l'exercice des droits.

Art. 111. Entrepôt de données de santé des HCL

Les HCL opèrent un traitement de données, dans le cadre de leurs missions d'intérêt public, qui consiste en la réunion des données collectées dans le cadre des soins au sein d'un Entrepôt de Données de Santé en vue de leur réutilisation pour les finalités de recherches dans le domaine de la santé et d'études relatives au pilotage hospitalier.

Ce traitement a fait l'objet d'une déclaration de conformité au référentiel relatif aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre à des fins de création d'entrepôts de données dans le domaine de la santé (Délibération no 2021-118 du 7 octobre 2021 de la Commission nationale de l'informatique et des libertés) en date du 05/10/2022 avec le numéro d'enregistrement auprès de la CNIL : 2227726.

Art. 112. Délégué à la protection des données

Le délégué à la protection des données, désigné par le directeur général, est chargé de faire respecter le cadre légal du RGPD, de la loi Informatique et Libertés, et la politique relative à la protection des données.

Il est notamment consulté préalablement à la mise en œuvre de tout nouveau projet traitant des données personnelles afin d'en évaluer la conformité.

Des référents RGPD sont désigné dans chaque direction, groupements hospitaliers et à l'hôpital Renée Sabran.

Section 6 – Conditions de séjour

Titre 1 – Principes régissant le séjour des patients hospitalisés

Art. 113. Respect de la dignité et de l'intimité des patients

Les activités de diagnostic, de prévention et de soins s'exercent dans le respect des droits des patients.

Tout patient a droit au respect de sa dignité et de son intimité.

Art. 114. Liberté d'aller et venir

Le patient dispose du droit d'aller et venir librement à l'intérieur de l'établissement voire de sortir définitivement de l'établissement, s'il en émet la volonté et après avoir été informé des risques par un médecin.

Le fonctionnement du service peut toutefois justifier la mise en place de modalités ou de restrictions particulières qui doivent être portées à la connaissance des patients.

Les mesures de contention, utilisées en dernier recours et justifiées par l'état de santé des patients doivent faire l'objet d'une décision collégiale, prenant en compte la balance bénéfiques/risques et intégrant la réflexion éthique. Elles font l'objet d'une prescription médicale systématique intégrant les surveillances spécifiques et faisant l'objet d'une réévaluation régulière.

Art. 115. Vote par procuration

Les patients hospitalisés qui ne peuvent se déplacer le jour d'un scrutin peuvent exercer leur droit de vote par procuration, conformément aux dispositions du code électoral.

Art. 116. Mariage in extremis

En cas de péril imminent de mort de l'un des futurs époux, l'officier de l'état civil pourra se déplacer auprès du patient pour célébrer le mariage dans l'établissement hospitalier.

Art. 117. Exercice des cultes

Les personnes hospitalisées peuvent, si elles le souhaitent, exercer leur culte. Elles reçoivent, sur demande formulée auprès du cadre de santé, la visite de l'aumônier ou du ministre du culte de leur choix.

Art. 118. Comportement des patients

Les patients, accompagnants et visiteurs doivent respecter les règles essentielles de la vie en collectivité.

Ils doivent notamment veiller à ne pas gêner, par leurs comportements ou leurs propos, les autres patients ou le fonctionnement du service.

Ils doivent être vêtus de façon décente au cours de leurs déplacements dans l'enceinte des établissements.

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

Art. 119. Règles d'hygiène

Au sein de l'établissement de santé, toute personne est tenue d'observer une stricte hygiène corporelle.

Il est attendu que les consignes spécifiques données par le personnel (douche pré-opératoire...) soient respectées.

Art. 120. Tranquillité

Les appareils de télévision ne peuvent être introduits à l'hôpital qu'avec l'autorisation du directeur d'établissement en respect des normes et du règlement de sécurité incendie en vigueur.

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

Art. 121. Téléphone mobile et autres moyens de communication

Les personnes hospitalisées utilisant le téléphone de l'hôpital acquittent les taxes correspondantes.

Les patients, les accompagnants et les visiteurs peuvent recevoir des communications téléphoniques (téléphone chambre ou mobile) dans la mesure où les sonneries et les conversations ne gênent pas le fonctionnement des services, ni les autres usagers.

Art. 122. Prestations de service

Un document explicatif est affiché dans toutes les chambres pour une demande d'accès à la télévision, la téléphonie et internet.

Certains établissements des HCL disposent d'une conciergerie qui propose des produits et des services à l'attention du patient. Ce dernier peut se renseigner sur internet ou au guichet de la conciergerie, si elle existe.

Art. 123. Sanction des désordres et troubles à l'ordre public

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

Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner la sortie du patient.

Titre 3 – Les biens du patient hospitalisé

Art. 124. Dépôts

Lors de son admission, le patient hospitalisé est invité à effectuer le dépôt des sommes d'argent et des objets de valeur qui sont en sa possession. À cette occasion, une information orale ou écrite, faisant référence aux textes actuellement en vigueur, est donnée à la personne hospitalisée. Cette information précise les principes gouvernant la responsabilité de l'établissement en cas de vol, perte ou détérioration de ces biens selon qu'ils aient ou non été déposés.

Le dépôt s'effectue contre reçu et après un inventaire contradictoire.

Les HCL sont responsables de plein droit du vol, de la perte ou de la détérioration des objets déposés.

Les HCL ne peuvent être tenus responsables de la perte ou de la disparition des objets non régulièrement déposés que dans les cas où une faute est établie à leur encontre ou à l'encontre d'une personne dont ils doivent répondre. De la même manière, les HCL ne pourront être tenus responsables lorsque la perte ou la détérioration d'un objet ou vêtement résulte de la nature ou d'un vice de ce dernier. Il en est de même lorsque le dommage a été rendu nécessaire pour l'exécution d'un acte médical ou d'un acte de soins.

Lorsque le malade ou le blessé se trouve, lors de son admission, dans l'incapacité de procéder aux formalités de dépôt, un inventaire contradictoire des sommes d'argent et de tous les objets ou vêtements dont le malade ou blessé est porteur, est aussitôt dressé et signé par le représentant des HCL et par l'accompagnant ou, à défaut, un autre agent.

Art. 125. Restitution des biens déposés

Les sommes d'argent ou objet de valeur mis en dépôt sont restitués au patient contre signature d'une décharge, sur présentation du reçu délivré lors du dépôt et d'une pièce d'identité.

Les objets non réclamés après la sortie ou le décès d'un patient sont remis à la recette des finances, s'il s'agit de sommes d'argent, titres et valeurs mobilières, ou, pour les autres biens mobiliers, au service des domaines aux fins d'être mis en vente.

Art. 126. Refus de dépôt

Lorsque la personne admise décide de conserver auprès d'elle durant son séjour un ou plusieurs objets susceptibles d'être déposés, un inventaire en est aussitôt dressé par la personne du service des admissions ou tout agent de l'établissement et l'accompagnant ou, à défaut un autre agent de l'établissement.

Art. 127. Découvertes de stupéfiants ou d'armes

A l'hôpital, le secret professionnel prévaut. Les produits stupéfiants illégaux et les armes, présents dans l'établissement, doivent être remis aux autorités compétentes sans que l'identité du patient qui les détenait ne soit révélée.

Titre 5 – L'accès des personnes extérieures

Art. 128. Exercice du droit de visite

Les accompagnants et les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients ni gêner le fonctionnement des services. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'accompagnement et/ou le visiteur peuvent se voir demander de quitter l'établissement et une interdiction de visite temporaire ou définitive peut être décidée par le directeur.

Les patients peuvent refuser les visites de certaines personnes qu'ils désignent nommément. Cette information est enregistrée dans le dossier patient.

Il est strictement interdit aux visiteurs, accompagnants d'introduire dans l'établissement des boissons alcoolisées, des stupéfiants, des médicaments, sauf accord du médecin en ce qui concerne les médicaments.

Dans l'intérêt du malade, la remise à celui-ci de denrées ou boissons même non alcoolisées qui ne sont pas compatibles avec l'alimentation thérapeutiques prescrite est interdite.

Les produits introduits en méconnaissance des deux alinéas précédent sont restitués aux visiteurs ou à défaut détruits.

Les animaux domestiques, à l'exception des chiens-guides d'aveugles, ne peuvent pas être introduits dans l'enceinte de l'hôpital.

Pour des raisons d'hygiène, les fleurs et les plantes sont également interdites.

Le directeur d'établissement fixe en lien avec les chefs de service, les horaires des visites et conditions d'accès des parents et proches des patients hospitalisés. Ces horaires sont susceptibles d'être modifiés sans préavis, temporairement ou durablement en fonction de la situation personnelle du patient, du visiteur, des contraintes sanitaires (notamment les risques de transmission virale) et/ou de fonctionnement du service ou de l'établissement. Dans tous les cas, les visiteurs doivent se conformer aux directives du personnel.

Art. 129. Bénévoles d'associations

Toute association de bénévoles qui souhaite intervenir au sein des HCL doit obligatoirement signer une convention de partenariat préalablement à son intervention.

Art. 130. Les représentants des usagers

La loi du 4 mars 2002 permet aux citoyens bénévoles d'associations agréées de siéger au sein des établissements de santé afin de porter la voix et défendre les droits des usagers (les patients et leurs proches) de ces établissements.

Les usagers de l'hôpital ont ainsi la possibilité d'entrer directement en contact avec les représentants des usagers dont les noms et coordonnées sont disponibles sur le site Internet des HCL, et également sur simple demande auprès du référent usagers de l'établissement ou de la direction qualité usagers et santé populationnelle.

Art. 131. Patients partenaires

Les HCL placent le patient au cœur de leur stratégie et de leurs actions en proposant des parcours personnalisés. Ils s'engagent dans leur projet d'établissement Pulsations 2023 à « faire équipe avec leurs patients » et à « cultiver l'expérience patient » à tous les niveaux de gouvernance pour renforcer la qualité et la sécurité des soins. La participation des patients dans leur soin et dans l'organisation des services, la recherche et l'accompagnement d'autres patients, contribuent à améliorer la qualité et la sécurité des prestations fournies et vécues par les patients et leurs proches. Elle redonne du sens aux pratiques et bénéficie également à la qualité de vie au travail des professionnels.

Les patients partenaires sont des patients, des proches aidants, des bénévoles d'association et /ou des représentants d'usagers ayant une expérience significative des soins et de la vie avec la maladie. Ils ont appris, à mesure de leur parcours de santé, à prendre soin d'eux-mêmes ou à accompagner un patient. Ils ont expérimenté le système de soins et la relation avec ses acteurs.

Les patients partenaires ont donc construit des savoirs spécifiques liés à leur histoire médicale ou à celle de leur proche. Capables d'identifier ces savoirs, ils souhaitent les partager et les transmettre avec le recul nécessaire par rapport à leur situation personnelle pour améliorer le système de soins.

Art. 132. Stagiaires

La réalisation d'un stage au sein des HCL doit obligatoirement donner lieu à la signature d'une convention entre l'établissement ou l'organisme dont dépend le stagiaire et les HCL.

Le stagiaire est placé sous l'autorité d'un responsable de stage. Il est soumis au présent règlement intérieur.

Art. 133. Médias

L'accès des professionnels de la presse, des sociétés de production et des artistes (journalistes et photographes) et les modalités d'exercice de leur profession au sein d'un site hospitalier, doivent préalablement faire l'objet d'une demande exprimée auprès de la direction chargée de la communication. Si cette demande est acceptée, elle fait l'objet d'une autorisation écrite transmise au demandeur, ou bien d'un accord oral, après information du directeur du site concerné.

Pendant les jours fériés et les week-ends, les demandes des professionnels de la presse sont adressées au directeur d'astreinte pour la direction générale qui apprécie la suite à y donner.

D'une façon générale, l'activité médicale d'urgence peut amener à la suspension d'une autorisation de tournage ou de prise de vue en cours, voire à son annulation, particulièrement en cas d'événement à caractère exceptionnel (catastrophe, plan blanc, manifestation, etc....).

L'accès des professionnels de la presse auprès du patient est subordonné d'une part au consentement libre et éclairé de ce dernier et d'autre part, à l'avis du médecin en charge de la santé du patient pendant son séjour. Pour les mineurs et les majeurs protégés, il est soumis à l'accord du représentant légal et du médecin traitant.

Les images (télévisées ou photographiques) concernant des patients, ne peuvent être réalisées sans une autorisation de ces patients.

Les images des patients sont réalisées sous l'entière responsabilité des professionnels. Les HCL ne sauraient en aucune manière être appelés en garantie en cas de litige consécutif à leur utilisation.

Art. 134. Prestataires

L'accès de prestataires au sein d'un établissement est interdit, sauf autorisation spécifique du directeur de l'établissement. Ceux-ci s'exposent à une expulsion immédiate s'ils pénètrent dans les chambres et les locaux hospitaliers (dans l'intention d'y exercer leur activité), sans autorisation écrite du directeur de l'établissement.

Art. 135. Visiteurs médicaux

Selon les possibilités du service, les visiteurs médicaux sont autorisés à pénétrer dans l'établissement, conformément aux recommandations de la Haute autorité de santé, sous réserve du respect des règles suivantes :

- port obligatoire d'un badge professionnel afin de les identifier ;

- respect des règles d'identification, d'accès et de circulation dans l'établissement ;
- assurance que le professionnel de santé connaît la personne qu'il rencontre ;
- organisation et planification préalable du rendez-vous ;
- autorisation des professionnels de santé en cas de visite accompagnée ;
- respect des horaires et modalités des visites, prévus par les HCL;
- respect du secret professionnel ;
- interdiction de pénétrer dans les structures internes à accès restreint de l'hôpital ;
- autorisation nécessaire du praticien encadrant pour rencontrer les internes et le personnel en formation ;
- interdiction de rechercher des données de consommation ou de coûts propres à l'établissement ;
- interdiction de remettre des cadeaux en nature ou en espèces, d'inciter ou dédommager afin d'obtenir un droit de visite, de remettre des échantillons de tout produit de santé ;
- limiter l'utilisation du téléphone portable et ne pas entraver la dispensation des soins.

Art. 136. Démarcheurs

L'accès au sein d'un site hospitalier de démarcheurs, représentants et enquêteurs (démarcheurs, agents d'affaire, enquêteurs, vendeurs et photographes) est interdit, sauf accord du patient et autorisation spécifique du directeur de l'établissement.

Ceux-ci s'exposent à une expulsion immédiate s'ils pénètrent (dans l'intention d'y exercer leur activité), sans cette autorisation écrite, dans les chambres et les locaux hospitaliers.

Aucune enquête notamment téléphonique ne peut être menée auprès des patients sans l'accord du directeur de l'établissement. Les patients ne peuvent en aucun cas être tenus d'y répondre.

Section 7 – La sortie

Titre 1 – Formalités de sortie en fin de séjour

Art. 137. Décision d'autorisation de sortie

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

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

Art. 138. Modalités de sortie

Un bulletin de situation est remis au patient. Il ne comporte aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical relative à la maladie qui a motivé l'hospitalisation.

Le médecin traitant est informé par la lettre de liaison prévue à l'article R. 1112-1-2 du code de la santé publique après la sortie de l'hospitalisé des prescriptions médicales auxquelles le patient doit continuer à se soumettre. Il reçoit toutes indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du patient.

Outre cette lettre de liaison, le patient reçoit, le cas échéant, les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la poursuite de ses soins et de ses traitements et à la justification de ses droits.

Art. 139. Sortie des nouveau-nés

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

Art. 140. Sortie des mineurs

Lorsque le patient est mineur, et en dehors du cas où il a demandé le secret de son hospitalisation, les personnes exerçant l'autorité parentale sont informées de la sortie prochaine du patient. Elles font connaître à l'administration de l'établissement si le mineur peut ou non quitter seul l'établissement. Elles peuvent désigner une tierce personne à qui le mineur doit être confié. Dans ce cas, des justificatifs sont exigés à la sortie.

Les mêmes règles s'appliquent en cas de prise en charge dans un service d'accueil des urgences, si l'état de santé du mineur ne nécessite pas son hospitalisation.

Titre 3 – Sortie en cours d'hospitalisation

Art. 141. Autorisation de sortie en cours d'hospitalisation -Permission

En fonction de leur état de santé, les personnes hospitalisées depuis au moins cinq jours consécutifs peuvent bénéficier de permissions de sortie d'une durée maximale, sauf cas exceptionnel, de quarante-huit heures à laquelle sont ajoutés les délais de route. Ces sorties, qui ont un caractère exceptionnel, sont autorisées par le représentant du directeur général, après accord du médecin.

Lorsqu'un patient autorisé à quitter les HCL dans le cadre d'une sortie temporaire ne rentre pas dans le délai imparti, il est considéré comme sortant et ne peut être à nouveau admis que dans la limite des places disponibles.

Titre 4 – Sortie contre avis médical ou à l’insu du service

Art. 142. Sortie contre avis médical

Sauf cas particuliers, les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement.

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

Lorsque le patient refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé.

Le médecin traitant est informé de la sortie du patient contre avis médical.

Les modalités de sortie et d'information du patient sont retracées à son dossier médical. Le patient est informé qu'il peut à tout moment solliciter à nouveau l'hôpital. Une fiche d'information comportant les numéros à joindre lui est remise à cet effet, en même temps que les ordonnances de sortie.

Art. 143. Sortie à l’insu du service

Lorsqu'un patient quitte l'établissement sans en informer le personnel de l'unité où il est pris en charge, des recherches sont entreprises pour le retrouver.

Si la situation l'exige notamment dans le cas où le patient est mineur ou est susceptible de représenter un danger pour lui-même ou autrui, une déclaration de disparition inquiétante aux autorités de police doit être effectuée.

La famille du patient est contactée sauf si le patient a demandé le secret de son hospitalisation. Dans ce cas la personne désignée par le patient comme pouvant recevoir des informations est prévenue.

Les modalités de sortie du patient, les recherches effectuées et l'information des proches sont retracées à son dossier.

Section 8 – Décès

Titre 1 – Formalités administratives

Art. 144. Accompagnement du patient et des proches à l’approche du décès

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

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

La famille ou les proches sont prévenus dès que possible et par tous moyens appropriés de l'aggravation de l'état du patient.

Art. 145. Informations sur le décès

Le décès est confirmé par tout moyen

La notification du décès est faite pour :

- Les étrangers dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche ;
- Les militaires, à l'autorité militaire compétente ;
- Les mineurs relevant d'un service départemental d'aide sociale à l'enfance, au président du conseil départemental ;
- 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 personnes sous sauvegarde de justice, à la famille et au mandataire spécial ;
- Les personnes sous tutelle ou curatelle, au tuteur ou au curateur ;
- Les personnes non identifiées, aux services de police.

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

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

Art. 146. Indice de mort violente ou suspecte, de suicide / Obstacle médico-légal (OML)

Dans les cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte ou d'un suicide d'un patient, le directeur, prévenu par le médecin chef du service, en avise l'autorité judiciaire, conformément à l'article 81 du code civil.

Une conduite à tenir est disponible sur la GED.

Titre 2 – Gestion des biens du défunt

Art. 147. Inventaire des biens du défunt

Après le décès, un inventaire répertoriant les biens laissés par le patient est dressé par deux agents. Lorsque c'est possible, il est réalisé en présence d'un proche du patient décédé.

Les espèces, valeurs et bijoux doivent faire l'objet d'un dépôt auprès du régisseur. Les autres biens sont conservés soit dans l'unité de soins soit à la chambre mortuaire.

Aucun objet, même de faible valeur, ne peut être remis aux proches.

Art. 148. Objets abandonnés ou déposés par le défunt

En cas de décès d'un patient dont les biens ont fait l'objet d'un dépôt, un document est remis à ses héritiers les invitant à procéder au retrait des objets déposés et leur rappelant les dispositions de l'article L. 1113-7 du code de la santé publique.

Les objets non réclamés sont remis, un an après le décès de leur détenteur, à la caisse des dépôts et consignations s'il s'agit de sommes d'argent, titres et valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, à l'administration chargée des domaines aux fins d'être mis en vente. Cette dernière peut refuser la remise des objets dont la valeur est inférieure aux frais de vente prévisibles. Dans ce cas, les objets deviennent la propriété de l'établissement.

Les actes sous seing privé qui constatent des créances ou des dettes sont conservés, en qualité de dépositaires, par les établissements où les personnes ont été admises ou hébergées, pendant une durée de cinq ans après la sortie ou le décès des intéressés. A l'issue de cette période, les actes peuvent être détruits.

Le montant de la vente ainsi que les sommes d'argent, les titres et les valeurs mobilières et leurs produits sont acquis de plein droit au Trésor public cinq ans après la cession par l'administration chargée des domaines ou la remise à la caisse des dépôts et consignations, s'il n'y a pas eu, dans l'intervalle, réclamation de la part du propriétaire, de ses représentants ou de ses créanciers.

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

Titre 3 – Présentation et transport du corps et organisation des funérailles

Art. 149. Toilette mortuaire

Suite au décès médicalement constaté, il est procédé à la toilette et à l'habillage du défunt conformément au protocole institutionnel.

Art. 150. Dépôt des corps à la chambre mortuaire ou en chambre funéraire

Les corps des personnes décédées ne peuvent rester plus de dix heures dans les services. Dans ce délai, le défunt doit être admis en chambre mortuaire ou pris en charge par un opérateur de pompes funèbres pour être transporté vers une chambre funéraire.

Les chambres mortuaires sont régies par des règlements intérieurs spécifiques qui sont portés à la connaissance du public.

Art. 151. Organisation des opérations funéraires

Les funérailles sont organisées par la famille ou les proches du patient.

L'entreprise de pompes funèbres retenue devra se coordonner avec le service funéraire hospitalier afin de planifier le jour et l'heure du départ de corps et, éventuellement, le lieu de cérémonie. La société de pompes funèbres doit fournir à l'établissement (bureau des admissions et service funéraire hospitalier) l'original du permis d'inhumer et du pouvoir confié par les proches pour l'organisation des obsèques.

Le démarchage en vue d'obtenir ou de faire obtenir, soit directement, soit à titre d'intermédiaire, la commande de fournitures ou de prestations liées à un décès sont strictement interdites au sein des HCL.

Il est également interdit aux personnels, qui, à l'occasion de l'exercice de leur service, ont connaissance d'un décès, de recevoir des avantages de quelque nature qu'ils soient pour faire connaître le décès aux entreprises et associations assurant le service des pompes funèbres ou pour recommander aux familles les services d'une de ces entreprises ou associations.

Art. 152. Transport de corps avant mise en bière

Le transport de corps avant mise en bière se fait généralement à partir du service funéraire. Le départ directement de l'unité de soins est toutefois possible mais doit rester exceptionnel. Ce cas nécessite l'autorisation du directeur ou du directeur de garde qui est demandée par le Bureau des Admissions.

Le transport de corps sans mise en bière doit être effectué et terminé dans un délai de 48 heures à compter du décès. Ce transport est subordonné à la reconnaissance préalable du corps par la famille ou l'entourage du défunt si possible et à une demande écrite de la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles et justifie de son état civil.

Art. 153. Transport de corps après mise en bière

Avant son inhumation ou sa crémation, le corps de la personne décédée doit être mis en bière.

Le transport de corps après mise en bière doit être effectué par une entreprise agréée.

Si le corps est transporté dans une autre commune, une déclaration préalable auprès du Maire de la commune du lieu de fermeture du cercueil, doit être réalisée quelle que soit la commune de destination à l'intérieur du territoire métropolitain ou de département d'outre-mer.

La déclaration préalable au transport indique la date et l'heure présumée de l'opération, le nom et l'adresse de l'opérateur dûment habilité à celle-ci ainsi que le lieu d'arrivée du corps. Elle fait référence à la demande de la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles.

Art. 154. Don du corps

La personne désireuse de donner son corps à la science doit être majeure. Elle doit avoir fait connaître sa décision explicitement de son vivant.

Pour cela, il lui appartient d'écrire une déclaration sur papier libre, la dater, la signer et l'envoyer à la faculté de médecine de son choix (Association des Dons de Corps de la Région Lyonnaise Université Claude Bernard – Laboratoire d'Anatomie).

A la réception de cette déclaration, la faculté de médecine demandera au futur donneur de lui renvoyer les éléments nécessaires à la prise en compte de sa demande.

Si celle-ci est acceptée, il recevra sa carte de donneur.

Cette carte de donneur doit être conservée par le donneur car, au moment du décès, le corps ne sera transféré à la faculté que sur présentation de l'original de cette carte.

Il est possible de changer d'avis à tout moment, dans ce cas, la personne devra détruire sa carte et en informer la faculté de médecine.

Art. 155. Non réclamation du corps

Lorsque le corps d'un patient décédé à l'hôpital n'est pas réclamé dans le délai de dix jours, l'établissement dispose de deux jours francs pour faire procéder à l'inhumation du défunt dans des conditions financières compatibles avec l'avoir laissé par celui-ci. En l'absence de ressources suffisantes, il est fait application des dispositions de l'article L. 2223-27 du code général des collectivités territoriales.

Si le patient est un militaire, l'inhumation du corps s'effectue, en accord avec l'autorité militaire compétente.

Art. 156. Dispositions relatives aux enfants décédés dans la période périnatale

Les dispositions précitées s'appliquent aux enfants nés vivants et viables mais décédés avant que leur naissance ne soit déclarée à l'état civil, c'est-à-dire aux enfants ayant fait l'objet d'un acte de naissance et d'un acte de décès.

Dans le cas d'un enfant mort-né ou né vivant et non viable pouvant faire l'objet d'une déclaration « d'enfant sans vie » aux services de l'état civil, la famille dispose d'un délai de dix jours au maximum pour réclamer le corps en vue d'organiser des obsèques, le recours à un opérateur funéraire est possible. En cas de non réclamation du corps aux termes de ce délai, l'hôpital prend les mesures pour faire procéder à sa charge à la crémation du corps, en principe dans un délai de deux jours.

Section 9 – Gestion des relations avec les patients et qualité de la prise en charge

Titre 1 : La démarche qualité et la gestion des risques aux HCL

Art. 157. La Gouvernance qualité aux HCL

La structure de gouvernance rassemble toutes les parties prenantes afin d'intégrer les préoccupations Qualité, Sécurité, Pertinence, Formation et Evaluation dans toutes les pratiques et organisations. Elle couvre l'ensemble des activités directement ou indirectement liées aux soins. En outre, la totalité des directions fonctionnelles des HCL est concernée, chacune en charge de missions et d'activités en lien avec les autres et avec un impact sur la qualité et la sécurité des soins aux patients.

Elle repose sur :

- Un comité de pilotage Quasperfe central (Qualité, Sécurité, Pertinence, Formation, Evaluation), coprésidé par le directeur général et le président de la CME. Il valide les orientations de la politique de management par la

qualité, incluant la gestion des risques associés aux soins, la pertinence et les approches populationnelles (dont la prévention) et s'assure de la cohérence interne des actions et de l'avancée des travaux avec la stratégie institutionnelle.

- Une commission de la CME intitulée Sécurité, Qualité, Pertinence, Formation et Evaluation qui permet l'appropriation par la communauté médicale des enjeux Quasperfe et sa participation active à la priorisation et à la mise en œuvre des actions. Elle favorise la cohérence des actions au niveau des HCL par la coordination entre groupements hospitaliers. Elle est chargée de déployer et de coordonner la déclinaison de la politique, de suivre l'avancement des actions et d'évaluer leurs résultats, de faire le lien avec le développement professionnel continu (DPC) et la certification périodique des professionnels de santé.

- Au sein des groupements, le Quasperfe local a des missions similaires au comité e pilotage Quasperfe central et couvre l'ensemble des activités directement ou indirectement liées aux soins.

Art. 158. Organisation de la gestion des risques associés aux HCL

Les HCL participent à la mise en œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire.

Un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins a été nommé conformément au décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé, il est rattaché à la DQUSP.

La coordination des vigilances est assurée au sein du COVIRIS (COmité des VIGilances et des RISques) où siègent les différents représentants des vigilances réglementaires. Le COVIRIS est en charge de la gestion des événements indésirables de portée institutionnelle ainsi que la capitalisation des actions d'amélioration qui découlent de l'analyse des événements indésirables associés aux soins et des événements indésirables graves.

Art. 159. La gestion des événements indésirables associés aux soins (EIAS) et des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS)

Tous les professionnels de santé peuvent signaler les événements indésirables sur le logiciel institutionnel ennov© (portail unique pour les vigilances sanitaires, Evènement Indésirable, Evènement Indésirable Associé aux Soins, réclamations).

Dans chaque groupement hospitalier et à l'hôpital Renée Sabran, une cellule locale des événements indésirables (pluriprofessionnelle et animée par un chargé local de la gestion des risques et la cellule qualité) assure la gestion des événements indésirables associés aux soins de façon hebdomadaire.

Certains événements indésirables graves sont à déclarer à l'agence régionale de santé.

Un événement indésirable grave associé à des soins (EIGS) réalisés lors d'investigation, de traitement, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'action de prévention est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale.

La gestion et la déclaration sur le portail national de ces EIGS sont définies dans une procédure institutionnelle disponible sur la GED et coordonnées sur l'ensemble des établissements (décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients) sans se substituer à l'obligation des vigilances réglementaires.

L'équipe de la DQUSP s'assure de cette déclaration en respectant les délais (une première partie immédiate et une seconde partie dans les trois mois au plus tard) et de la qualité des analyses et des actions proposées (utilisation de méthodes robustes de type ALARM ou REMED).

Art. 160. Mesure de la satisfaction et de l'expérience patient

Le recueil et l'exploitation des données issues de la satisfaction et de l'expérience patient sont une priorité aux HCL. Plusieurs dispositifs permettent de répondre à cet objectif (enquête nationale e Satis pour les patients des séjours de médecine, chirurgie et obstétrique, et les services de soins de suite et de réadaptation). D'autres enquêtes sont également réalisées de façon ponctuelle afin d'améliorer la qualité des prises en charge.

Tout patient hospitalisé peut renseigner un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations. Ce questionnaire rempli est rendu à l'administration et peut être sous une forme anonyme si le malade le désire.

Le directeur communique périodiquement au conseil de surveillance, à la commission médicale d'établissement et au comité social d'établissement les résultats de l'exploitation de ces documents.

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

Titre 2 : La gestion des réclamations

Art. 161. Traitement des plaintes et réclamations adressées à l'établissement

L'ensemble des plaintes et réclamations adressées aux HCL par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement sont tenues à la disposition des membres de la commission des usagers mentionnée à l'article 23. Dans les conditions prévues aux articles R. 1112-93 et R. 1112-94 du code de la santé publique, la commission examine celles des réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose. Une procédure HCL précise les conditions dans lesquelles sont instruites les réclamations. Ces modalités ainsi que les différents dispositifs d'écoute à disposition du patient ou de son entourage sont prévus dans le règlement intérieur de la commission des usagers.

Section 10 – Frais d’hospitalisation

Art. 162. Paiement des frais d’hospitalisation

L’hôpital pratique le tiers payant. Aussi, un patient assuré social et disposant d’un complémentaire santé n’aura à régler à sa sortie que les frais non pris en charge.

Art. 163. Tarifs des prestations

Un séjour hospitalier est en partie facturé à l’assurance maladie sur la base d’un forfait dont le tarif est national et en partie à la complémentaire sur la base d’un tarif journalier de prestation propre à l’établissement. Ces tarifs sont affichés au bureau des admissions et sur internet.

Art. 164. Calcul des tarifs des prestations et du forfait journalier

Le patient pourra être amené à régler le forfait journalier. Il s’agit d’une contribution minimale de l’assuré social aux charges hôtelières de l’établissement uniquement en hospitalisation complète.

La chambre particulière est facturée par jour de présence, y compris le jour de sortie (sauf en cas de décès ou transfert vers un autre établissement).

Les lits et repas accompagnants sont à régler en amont par le patient ou l’accompagnant d’un enfant.

Chapitre 3 : Dispositions relatives aux personnels

Section 1 : Principes fondamentaux liés au respect du patient

Art. 165. Accueil et information des familles et des proches

Les personnels des HCL sont tenus de satisfaire dans les meilleures conditions possibles aux demandes d'information émanant des patients et de leurs proches dans le respect de la volonté du patient.

Art. 166. Secret professionnel

Les agents des HCL sont tenus au secret professionnel. Ils ne doivent divulguer à des tiers aucun fait ni information d'ordre diagnostique, thérapeutique ou relevant de la vie privée du patient dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions.

Toute violation de cette obligation peut entraîner des sanctions disciplinaires et des suites judiciaires.

Art. 167. Respect de la liberté de conscience et d'opinion

La liberté de conscience doit être scrupuleusement respectée. Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit son objet, ne doit être exercée sur les patients ou leur famille ainsi que sur les visiteurs.

Art. 168. Sollicitude envers le patient

Les professionnels des HCL sont tenus d'assurer, chacun à son niveau, le bien-être physique et moral des patients et de leurs proches.

Le soulagement de la souffrance des patients doit être une préoccupation constante de l'ensemble des professionnels.

Art. 169. Respect du libre choix des familles

Les familles des patients doivent être accueillies avec tact et ménagement en toute circonstance. Leur libre choix doit être respecté lorsqu'elles désirent faire appel à des entreprises privées de transport sanitaire, des opérateurs de pompes funèbres ou des prestataires de santé.

Section 2 : Grands principes déontologiques

Art. 170. Obligation de neutralité et respect du principe de laïcité par les professionnels

Comme mentionné à l'article 6 du présent règlement intérieur, les professionnels des HCL sont soumis à une obligation de neutralité et doivent respecter le principe de laïcité.

Ils doivent servir et traiter de façon égale et sans distinction tous les usagers, quelles que soient leurs convictions politiques, religieuses ou philosophiques en faisant preuve de neutralité. Ils ne doivent pas exprimer de préférence à l'égard de telle ou telle conviction, ni donner l'apparence d'un comportement préférentiel ou discriminatoire.

Tout manquement à cette règle constitue une faute passible de sanctions disciplinaires.

Art. 171. Discrétion professionnelle et obligation de réserve

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les professionnels de l'hôpital 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.

Sous peine de sanctions disciplinaires et/ou pénales, sont interdits tout détournement ou toute communication extérieure, de pièces et de documents obtenus dans le cadre de l'activité professionnelle.

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

Les agents sont par ailleurs tenus au devoir de stricte neutralité et de réserve. En conséquence, ils doivent s'abstenir de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou déplacés, susceptibles d'importuner ou de choquer les patients, les visiteurs et les autres agents des HCL.

Ainsi, il est interdit au personnel de tenir, en présence des patients ou des visiteurs, tout propos qui serait de nature à troubler le climat de confiance, de sécurité et de calme indispensable à leur séjour à l'hôpital.

Ces obligations de discrétion professionnelle et de neutralité sont valables lors des échanges ou des interventions sur les réseaux sociaux, dans les médias ou dans le débat public, dès lors que les professionnels de l'établissement sont identifiés.

Art. 172. Obligation de désintéressement et interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces

Il est interdit à tout professionnel d'avoir, dans une entreprise en relation avec son service, des intérêts de toute nature susceptibles de compromettre son indépendance.

Par ailleurs, il est interdit aux professionnels des HCL de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces, lorsque ceux-ci sont obtenus auprès d'entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par des régimes obligatoires de sécurité sociale.

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

Art. 173. Cumul d'emplois ou d'activités

Il est interdit à tout professionnel des HCL:

- d'exercer, hormis les dérogations prévues par les textes, une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit, tant à l'intérieur de l'hôpital qu'en complément de son activité,
- d'avoir, dans une entreprise en relation avec son service, des intérêts de toute nature susceptible de compromettre son indépendance.

S'agissant du régime de cumul d'activités pour le personnel médical, un praticien hospitalier exerçant une activité privée lucrative à l'extérieur de l'établissement doit en informer son employeur de façon préalable. Tout praticien exerçant une activité entre 50 et 90% peut développer une activité privée rémunérée en dehors de ses obligations de service et de son établissement d'affectation mais à condition d'avoir informé en amont son employeur. Par ailleurs, tout praticien hospitalier ne pourra exercer en établissement public de santé qu'en qualité de praticien hospitalier : il ne pourra donc pas être recruté par contrat par un autre établissement en dehors de ses obligations de service.

Art. 174. Continuité du service public

Afin de garantir le fonctionnement continu du service public hospitalier certains professionnels sont appelés à assurer, des gardes, des astreintes ou à travailler les dimanches, jours fériés ou nuits.

A cet égard des tableaux de service sont mis en place. Le respect de ces tableaux est essentiel au bon fonctionnement de l'équipe de travail. En conséquence, en cas d'empêchement, il est impératif d'informer immédiatement le service pour que la continuité de prise en charge des patients soit assurée.

Dans cet esprit, les personnels sont tenus de laisser leurs coordonnées téléphoniques au bureau du personnel afin de pouvoir être joints dans les meilleurs délais dans toutes les organisations à anticiper et qui relèvent de la réponse de l'établissement à une situation sanitaire exceptionnelle et à l'organisation du plan règlementaire de continuité d'activité.

Art. 175. Obligations particulières des agents participant au processus d'achat

Les agents des HCL qui sont amenés à participer à un processus d'achat doivent, lorsqu'ils sont susceptibles d'avoir ou de paraître avoir des relations avec un fournisseur potentiel, s'abstenir de participer à l'élaboration du cahier des charges ou de tout autre document du marché, de participer à l'analyse des offres et à leur classement et plus généralement d'intervenir, de quelque manière que ce soit, dans la procédure de préparation et d'attribution de ce marché public.

Cette obligation de déport, qui concerne tous les agents des HCL, doit être mise en œuvre dès le stade de la définition des besoins.

Les agents de la direction des achats s'engagent par ailleurs à respecter la "charte de déontologie - processus achat".

Art. 176. Référent déontologue / Charte de la déontologie

Toute personne travaillant dans l'institution, quels que soient ses fonctions ou son statut a le droit de consulter le collège de déontologie exerçant les fonctions de référent déontologue, chargé de lui apporter tout conseil utile au respect des obligations et des principes déontologiques.

Les missions et modalités d'organisation de la fonction de référent-déontologue des HCL sont définies en annexe 10 du présent règlement intérieur.

Section 3 : Principes de bonne conduite professionnelle

Art. 177. Obéissance hiérarchique et exécution des instructions reçues

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

Il n'est déchargé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés.

En cas d'empêchement d'un agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, aucun autre agent ayant reçu l'ordre d'exécuter ce travail ne peut s'y soustraire pour le motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade. Toutefois, l'application de cette disposition ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par des dispositions législatives.

Art. 178. Information du supérieur hiérarchique

Tout agent doit aviser son supérieur hiérarchique, dans les meilleurs délais, des incidents de toute nature dont il a connaissance à l'occasion de son service.

Art. 179. Activités inventives des professionnels

Conformément aux dispositions du code de la propriété intellectuelle, les professionnels sont dans l'obligation d'informer dans les délais les plus brefs les HCL de la réalisation d'une invention, quel que soit son objet. Il revient en effet à l'administration d'apprécier si elle envisage de revendiquer un droit sur cette invention.

Art. 180. Tenue vestimentaire

La tenue est un élément du respect dû aux patients.

Une tenue correcte est exigée de l'ensemble du personnel.

Les agents doivent notamment à cet effet porter en présence des patients les tenues fournies par l'établissement.

Les professionnels des HCL portent un badge permettant leur identification. La photo figurant sur ce badge professionnel doit être conforme à la charte de la laïcité et à l'obligation de neutralité des agents.

Les tenues professionnelles doivent être entretenues et/ou confiées à la blanchisserie inter-hospitalière, conformément aux recommandations du service d'hygiène.

Le port d'accessoires de type bonnet, casquette, foulard, etc. n'est pas autorisé au sein des bâtiments pour le personnel au contact des usagers (patients, accompagnants ou visiteurs).

Art. 181. Bon usage des biens et outils professionnels

Les membres du personnel doivent veiller à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à leur disposition par les HCL. L'administration sera amenée à exiger un remboursement, en cas de dégradations volontaires ou d'incurie caractérisée.

Par ailleurs, il est rappelé que les moyens mis à disposition du personnel sont limités à un usage professionnel. Il en est ainsi, par exemple, de l'utilisation du téléphone, des moyens télématiques ou encore des fournitures de bureau.

Il est interdit de sortir de l'établissement des produits, denrées ou matériels appartenant aux HCL, même périmés ou réformés, y compris des médicaments.

Art. 182. Assiduité et ponctualité

Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions au sein de l'hôpital avec l'assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement du service public hospitalier.

Art. 183. Respect des règles d'hygiène et de sécurité

Tous les agents des HCL doivent observer strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service.

Ils ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer la sécurité générale des HCL et de leurs usagers.

Art. 184. Interdiction de consommer des boissons alcoolisées ou des produits toxiques / illicites

L'introduction et la consommation de boissons alcoolisées ou de produits illicites à l'intérieur des HCL sont formellement interdites et passibles de sanctions disciplinaires.

Art. 185. Bon usage des biens et outils personnels (téléphone portable et autres appareils électroniques personnels)

L'usage du téléphone portable à des fins non professionnelles est prohibé pendant le temps de travail.

Cependant, un usage personnel limité avec tact et mesure est toléré. La méconnaissance répétée de cette disposition pourra donner lieu à des sanctions disciplinaires.

Art. 186. Obligation de signalement des infractions et événements indésirables

Tout agent des HCL qui a connaissance d'un effet indésirable, grave ou inattendu, d'un incident ou d'un risque d'incident lié à l'utilisation d'un médicament, d'un produit sanguin labile ou d'un dispositif médical, est tenu de le signaler immédiatement au correspondant local assurant au sein des HCL la vigilance sanitaire pour la catégorie de produits concernée.

Tout agent qui a connaissance d'un événement indésirable concernant tout secteur de la vie hospitalière est tenu de le signaler dans le logiciel dédié. Il adresse son signalement, selon les procédures définies et en l'absence de toute autre procédure de signalement spécifique à l'événement déclaré, à la direction du site à l'attention de la cellule locale de gestion des risques.

Art. 187. Témoignages en justice

Tout agent des HCL, lorsqu'il est appelé à témoigner en justice ou auprès des autorités de police sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service, doit en prévenir le directeur et, à l'issue de son audition en justice ou auprès des autorités de police, l'en informer.

Art. 188. Obligation de dépôts

Aucun agent des HCL ne doit conserver des objets documents ou valeurs confiés par des patients.

Ces objets, documents ou valeurs doivent être déposés sans délai auprès du régisseur de l'établissement ou, en dehors des heures d'ouverture de la caisse, dans les coffres destinés à cet usage.

Tout objet, document ou valeur découvert ou trouvé au sein d'un établissement doit être directement remis au directeur, afin qu'il en organise la centralisation et en assure la restitution.

Art. 189. Lutte contre le bruit

Chaque membre du personnel doit, par son comportement, participer à la lutte contre le bruit, tout particulièrement la nuit, dans les services de soins.

Art. 190. Charte graphique et identité visuelle des HCL

Le logo des HCL est la mention minimale obligatoire qui doit apparaître sur tous les supports de communication produits par les HCL quels qu'ils soient et quel que soit l'émetteur.

La présence du logo des HCL doit être exigée sur tous les documents réalisés par des partenaires dès lors que les HCL sont associés au projet concerné ou qu'ils mettent à disposition des moyens, quels qu'ils soient.

Toute demande de création de logo ou d'identité graphique doit être systématiquement soumise à la direction de la marque et de la communication qui examinera son opportunité et pourra faire des propositions dans le respect de la charte graphique de l'institution.

La charte graphique des HCL devra également être respectée dans le cadre de la création de documents imprimés ou digitaux réalisés au nom de l'institution.

Section 6 : Droits des personnels

Art. 191. Droit d'expression directe et droit à la participation

Le fonctionnaire ou agent public dispose du droit, par l'intermédiaire de ses représentants, de participer à l'élaboration des règles statutaires, à l'examen des décisions individuelles de carrière et à la définition et la gestion de l'action sociale, culturelle, sportive et de loisirs des HCL. Il dispose également du droit à l'expression

directe et collective sur le contenu, les conditions d'exercice et l'organisation du travail, notamment dans le cadre des conseils de pôle.

Art. 192. Droit syndical

Chaque agent, quel que soit son statut, a le droit d'adhérer à l'organisation syndicale de son choix, de participer à la vie de son syndicat.

Les organisations syndicales disposent de locaux, de panneaux d'affichage et de boîtes aux lettres. L'activité syndicale doit être conciliable avec le fonctionnement de l'établissement et s'exercer en dehors des lieux publics et hors la présence des patients.

Art. 193. Droit de grève

Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent.

La grève ne peut viser que la défense d'intérêts professionnels.

Un préavis doit être déposé avant sa mise en œuvre.

En cas de grève, la nécessité de la continuité du service public impose l'instauration d'un service minimum défini par l'établissement. Un agent gréviste peut donc être assigné par le directeur de l'établissement ou réquisitionné.

L'exercice du droit de grève entraîne une retenue sur salaire proportionnelle à l'absence.

Art. 194. Droit d'alerte

Une procédure de recueil des signalements émis par les lanceurs d'alerte a été mise en place aux HCL. Elle figure en annexe 3 du présent règlement.

Art. 195. Droit à la déconnexion

L'essor des technologies de la communication a introduit un vrai confort de travail mais peut induire aussi une plus grande porosité entre vie personnelle et professionnelle.

Les HCL ont souhaité encadrer l'utilisation de ces technologies en déclinant une politique de prévention qui comprend :

- une sensibilisation des encadrants et de l'ensemble des professionnels,
- un dispositif de formation en cours d'élaboration,
- une charte qui encadre ces pratiques et figure en annexe 12 du présent règlement

Art. 196. Protection contre le harcèlement

Le respect de la dignité des personnes est un principe fondamental, y compris sur le lieu de travail. Aucun membre du personnel ne doit subir des agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale, de compromettre

son avenir professionnel, et de dégrader ses conditions de travail, ou de harcèlement sexuel dont le but est d'obtenir des faveurs de nature sexuelle à son profit ou au profit d'un tiers.

En tant qu'employeur, les HCL ont mis en œuvre une démarche dédiée à la lutte contre les violences sexuelles et sexistes au travail pour les prévenir et en protéger les professionnels.

Des actions de sensibilisation et de formation sont régulièrement conduites afin que chacun comprenne le phénomène et participe à sa prévention. Un réseau d'écouterants formés au recueil de la parole et une procédure de signalement dédiée sur le logiciel de déclaration des événements indésirables permettent de faciliter l'accompagnement des victimes. Enfin, lorsque des actes de violence sont commis et avérés, leurs auteurs peuvent être sanctionnés, la sévérité de la sanction pouvant aller jusqu'au licenciement ou la révocation et se cumuler avec des poursuites judiciaires.

Art. 197. Protection fonctionnelle

Les agents bénéficient d'une protection organisée par l'institution contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils peuvent être victime dans l'exercice ou à l'occasion de leurs fonctions.

Un agent victime d'un incident doit prévenir son responsable hiérarchique et tracer ce signalement. Il peut solliciter l'octroi de la protection fonctionnelle auprès du référent protection fonctionnelle de l'établissement dont il dépend.

Chapitre 4 : Dispositions relatives à la sécurité

Section 1 – Règles de sécurité

Art. 198. Nature et opposabilité des règles de sécurité

Les règles de sécurité générale instaurées aux HCL 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.

Le directeur général des HCL, les directeurs de groupement hospitaliers et le directeur de l'hôpital Renée Sabran édictent, en vertu de leur pouvoir de police administrative et d'organisation du service, des recommandations et consignes générales ou particulières, dans le respect des principes généraux du droit, des lois et règlements. Ces mesures doivent être proportionnées aux besoins de l'établissement et adaptées aux circonstances locales.

Le directeur de chaque établissement veille au respect des règles de sécurité sur son établissement et coordonne leur mise en œuvre.

Toute personne ayant pénétré dans l'enceinte d'un établissement relevant des HCL, quelle qu'en soit la raison, doit se conformer aux règles de sécurité qui s'y appliquent dans l'intérêt général. Elle est tenue de respecter les indications qui lui sont données et, le cas échéant, d'obéir aux injonctions qui lui seraient adressées par le directeur ou tout autre personnel habilité.

Dans la mesure où les conventions qui lient les HCL à certains organismes accueillis n'en décident pas autrement, les règles de sécurité en vigueur leur sont opposables.

Art. 199. Vidéosurveillance

Les HCL disposent d'un arrêté portant autorisation d'installation d'un système de vidéoprotection de la préfecture et d'une déclaration CNIL pour la vidéosurveillance, en conformité avec le RGPD et le code de la sécurité intérieure, pour l'ensemble de ses établissements. La durée de conservation des images est en conformité avec l'arrêté et la déclaration.

Conformément à la déclaration et à l'autorisation, une signalisation dédiée informe tous les usagers des différents établissements de la présence d'un système de vidéo.

Le système de vidéosurveillance des HCL permet de prévenir, anticiper, dissuader et gérer les atteintes à la sécurité des personnes, des biens dans les zones jugées plus propices à la malveillance, aux incivilités voire à la violence. Le cas échéant, les HCL fournissent aux autorités compétentes des éléments permettant d'identifier, dans la mesure du possible, les auteurs de troubles afin d'engager si nécessaire des procédures judiciaires.

Chaque opérateur habilité des HCL ayant accès au système de vidéo s'engage individuellement à respecter les obligations réglementaires qui en encadrent l'exploitation et l'usage. Chaque écart fait l'objet de mesures disciplinaires immédiates sans préjuger des suites judiciaires.

Art. 200. Accès aux HCL

L'accès aux différents sites des HCL est réservé à leurs usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs et à ceux qui y sont appelés en raison de leur fonctions et métiers.

Le directeur de chaque établissement organise les conditions matérielles de l'accès de ces diverses catégories de personnes. Il peut prendre, dans l'intérêt général, les mesures restrictives qui lui paraissent nécessaires.

L'accès de toute personne n'appartenant pas à une de ces catégories est subordonné à autorisation du directeur général ou de son représentant. Les tiers dont la présence n'est pas justifiée sont signalés, invités à quitter les lieux et, au besoin, reconduits à la sortie de l'hôpital.

Pour des raisons de sécurité, le directeur général ou le directeur d'un site peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux. Lorsqu'elles concernent les tiers, les restrictions ou interdictions d'accès doivent être clairement affichées, avec mention explicite des risques encourus et des responsabilités éventuelles.

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

Art. 201. Calme et tranquillité au sein des HCL

Tout accompagnant ou visiteur qui, par son comportement, crée un trouble au sein des HCL, est invité à mettre un terme à ce trouble. S'il persiste dans son comportement, il peut lui être enjoint de quitter l'hôpital.

Si nécessaire, il peut être accompagné à la sortie avec l'aide des agents de sécurité. En cas de besoin, il peut être fait appel aux autorités de police.

Art. 202. Rassemblements et regroupements

Les rassemblements publics de quelque nature qu'ils soient, sont interdits au sein du site, sauf autorisation expresse du directeur d'établissement.

Conformément à ce principe :

- Les visites d'élus dans l'enceinte d'un site hospitalier ne peuvent donner lieu à aucune manifestation présentant un caractère politique ;
- Les membres du conseil de surveillance des HCL ne peuvent effectuer des visites au sein d'un site que lorsqu'ils sont mandatés à cet effet par le conseil de surveillance ;

Art. 203. Personnels de sécurité

Tous les personnels assurant la sécurité au sein des HCL exercent leurs fonctions sous l'autorité du directeur général, dans le strict respect de la loi du 12 juillet 1983 modifiée et des textes pris pour son application.

Leurs possibilités d'intervention sur les personnes sont limitées aux cas prévus par les articles 223-6 du code pénal (obligation d'assistance aux personnes en péril), 53 et 73 du code de procédure pénale (crime ou délit flagrant, droit d'appréhension) et 122-5, 122-6 et 122-7 du code pénal (légitime défense ou état de nécessité).

Ils ne peuvent intervenir dans les unités de soins qu'à la demande du directeur de l'établissement ou des personnels responsables de ces unités. Ils ne peuvent effectuer aucune fouille ni vérification d'identité.

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

Ils peuvent retenir aux sorties de l'établissement et durant le temps strictement nécessaire, toute personne en situation de flagrant délit. Ils peuvent, dans les mêmes conditions retenir les patients qui leur paraîtraient désorientés ou susceptibles de courir un danger à l'extérieur du site, pendant le temps strictement nécessaire à la vérification de leur situation et le cas échéant à leur prise en charge par une unité de soins. Ils ne sont en revanche pas habilités à procéder seuls à une contention médicale.

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

Art. 204. Produits interdits

Il est interdit d'introduire à l'hôpital, de l'alcool, des armes, des explosifs, des produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi.

Toutefois, si malgré cette interdiction des objets, produits dangereux ou prohibés par la loi sont introduits à l'hôpital, ils sont récupérés par les professionnels et remis aux autorités de police contre récépissé par l'administration hospitalière.

Art. 205. Dissimulation du visage

A l'exception de l'application des règles de protection pouvant imposer le port d'un masque, la dissimulation du visage est également interdite dans l'enceinte des hôpitaux.

Afin d'informer le public sur ces dispositions, des affiches et des dépliants sont mis en place dans les locaux accueillant le public ou ouverts au public.

En cas de refus d'obtempérer, la direction de l'établissement devra en être informée et prendra les mesures prévues par la réglementation.

Art. 206. Sécurité incendie

Les établissements sont en conformité avec le code de la construction et de l'habitation et le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public.

A cet égard, les établissements disposent des moyens techniques et matériels d'alarme, d'alerte, de protection et d'intervention, conformes à la réglementation et aux normes en vigueur. Les usagers et les professionnels sont tenus de respecter l'ensemble de ces équipements et matériels installés au sein des établissements, de ne pas les entraver, les dégrader et d'en faire bon usage.

Les professionnels sont également tenus de connaître, de respecter et de mettre en œuvre les consignes et procédures en vigueur dans les établissements, pour prévenir et lutter contre le risque d'incendie, évacuer et mettre en sécurité les occupants.

La formation incendie théorique et pratique est obligatoire pour l'ensemble des personnels, qui doivent participer aux différents modules et sessions proposés.

Les usagers et les professionnels doivent notamment respecter l'interdiction de fumer et de vapoter, telle que décrite dans le présent règlement, afin de limiter les risques de départ de feu, ainsi que les risques d'alarme incendie intempestives.

De même, les patients et les professionnels ne sont pas autorisés à apporter au sein de l'établissement des matériels non conformes à la réglementation et aux normes en vigueur et susceptibles de présenter un risque électrique et générer un risque incendie.

Art. 207. Sécurité numérique

Tout personnel HCL est tenu de respecter la charte des bons usages des systèmes d'informations numériques des HCL disponible sur l'Intranet Pixel et figurant en annexe 11 du présent règlement.

Les administrateurs sont en outre tenus de respecter la charte des administrateurs figurant en annexe 13 du présent règlement.

Section 2 - La circulation et le stationnement au sein des HCL

Art. 208. Régime et destination des voies et desserte

Les bâtiments et installations qui appartiennent aux groupements hospitaliers, à l'hôpital Renée Sabran et aux sites, sont des dépendances du domaine public des HCL, notamment les voies de desserte établies à l'intérieur des enceintes de ces structures.

Les voies et dessertes établies à l'intérieur des enceintes des groupements hospitaliers et des sites ne peuvent être regardées comme des voies ouvertes à la circulation publique ; elles sont strictement réservées au personnel et aux usagers de ces structures, dûment autorisés.

Art. 209. Plan de circulation

Il est établi dans chaque groupement hospitalier ou site, un plan de circulation qui détermine les conditions dans lesquelles le personnel et les usagers autorisés peuvent circuler et stationner dans l'enceinte de ces structures.

Il est indiqué aux entrées principales des groupements hospitaliers et des sites et en tout lieu où le besoin se fait sentir, les informations destinées à faire connaître la réglementation relative à la circulation et au stationnement des véhicules dans l'enceinte de l'établissement, notamment les zones réservées ou sous contrôle d'accès.

Art. 210. Portée des dispositions du code de la route

En application du présent règlement, les dispositions du code de la route qui réglementent l'usage des voies ouvertes à la circulation publique sont applicables à l'intérieur des groupements hospitaliers, de l'hôpital Renée Sabran et des sites.

Art. 211. Autorité responsable de la circulation et des voies et dessertes

La police de la circulation dans les voies et parcs de stationnement établis à l'intérieur de l'enceinte des différents sites des HCL, relève du directeur général, sans préjudice de l'intervention de forces de police, gendarmerie et fourrière, s'agissant des contraventions au code de la route applicable au sein des établissements.

Art. 212. Zones de stationnement

Toutes les zones de stationnement sont matérialisées dans l'enceinte des groupements hospitaliers et des sites.

Des places de stationnement sont réservées à certains personnels et/ou à des usagers en situation de handicap. Certaines zones sont sous contrôle d'accès donc non accessibles au public ou aux prestataires non accompagnés ou non autorisés.

Toute personne accédant aux groupements hospitaliers et aux sites est tenue de respecter les dispositions relatives à la réglementation de ces zones notamment s'agissant de la circulation et du stationnement.

En dehors des cas d'extrême urgence, le directeur de l'établissement ou du site peut prendre toute mesure particulière de nature à amener le contrevenant à respecter les règles de stationnement.

Il pourra recourir à tout moyen permettant d'obtenir un déplacement forcé du véhicule violant les règles du stationnement.

Art. 213. Intervention des services de la fourrière

Lorsqu'un véhicule est stationné dans une zone où il compromet gravement le bon fonctionnement des services médicaux, met en péril la vie des hospitalisés, ou entrave l'accès des véhicules de secours ou de lutte contre l'incendie, le directeur de l'établissement ou du site, agissant au nom du directeur général, pourra requérir sur-le-champ l'aide des services de la fourrière.

Le véhicule ayant fait l'objet d'un enlèvement dans les conditions indiquées à l'alinéa précédent, sera conservé et remis à son propriétaire suivant les règles relatives au fonctionnement des services de la fourrière.

Art. 214. Responsabilités des personnes circulant dans l'enceinte des établissements

Les automobilistes, piétons, cyclistes, motocyclistes sont tenus de se conformer aux dispositions prises en application des articles précités.

Sauf en cas de faute de l'établissement, la responsabilité de l'établissement ne saurait être engagée notamment en cas de vols ou de dommages.

Chapitre 5 : Dispositions finales

Art. 215. Adoption du règlement intérieur

Le règlement intérieur est arrêté par le directeur général des HCL, après avis du conseil de surveillance et concertation avec le Directoire.

La commission médicale d'établissement et le comité social d'établissement sont consultés préalablement et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est informée.

Art. 216. Modification du règlement intérieur

Les modifications apportées ultérieurement au règlement intérieur des HCL sont adoptées dans les mêmes formes et selon la même procédure.

Art. 217. Mise à disposition du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur est communiqué à toute personne qui en fait la demande.

Il est mis en ligne sur le site internet des HCL ainsi que sur le site Intranet. Une version papier peut être demandée auprès du secrétariat général.

Annexes

Annexe 1 – Charte de la personne hospitalisée

Annexe 2 – Charte de la laïcité

Annexe 3 – Procédure des signalements émis par les lanceurs d'alerte

Annexe 4 – Politique sans tabac aux HCL

Annexe 5 – Politique VAPE

Annexe 6 – Règlement intérieur du CME

Annexe 7 – Règlement intérieur du CCSIRMT

Annexe 8 – Règlement intérieur de la CDU

Annexe 9 – Procédure de renouvellement des chefs de pôle

Annexe 10 – Référent déontologue des HCL

Annexe 11 – Charte des bons usages des systèmes d'informations numériques

Annexe 12 – Charte du droit à la déconnexion

Annexe 13 – Charte des administrateurs