



**CHU  
BESANÇON  
FRANCHE-COMTÉ**

# **Règlement intérieur du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ**



# Règlement intérieur du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ

## Sommaire

|   |           |
|---|-----------|
| <b>SOMMAIRE .....</b>   | <b>2</b>  |
| <b>PREAMBULE – PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT .....</b>  | <b>7</b>  |
| Article 1 – Le CHU BESANCON FRANCHE-COMTÉ, établissement public de santé.....   | 7         |
| Article 2 – Les missions.....   | 7         |
| Article 3 – Les principes fondamentaux.....   | 8         |
| <b>CHAPITRE 1 – L'ORGANISATION DU CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ.....</b>   | <b>9</b>  |
| <b>Section 1 – L'administration du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ.....</b>  | <b>9</b>  |
| <b>Sous-section 1 – Les organes de décisions .....</b>  | <b>9</b>  |
| Article 4 – Le Conseil de Surveillance.....   | 9         |
| Article 5 – Le directeur général et l'équipe de direction.....  | 10        |
| Article 6 – Le Directoire .....   | 12        |
| <b>Sous-section 2 – Les instances représentatives .....</b>   | <b>12</b> |
| Article 7 – La Commissions Médicale d'Établissement (CME) et les sous-commissions .....   | 12        |
| Article 8 – Le Comité Social d'Établissement (CSE) .....  | 14        |
| Article 9 – La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) .....                                | 15        |
| <b>Sous-section 3 – Les autres organes spécialisés de l'Établissement .....</b>   | <b>17</b> |
| Article 10 – La Commission des usagers.....   | 17        |
| Article 11 – Les Formations Spécialisées du CSE en matière de Santé, de Sécurité et de Conditions de Travail (F3SCT).....         | 18        |
| Article 12 – Les autres instances (liste non exhaustive) .....  | 19        |
| <b>Section 2 – L'organisation des soins, de l'enseignement et de la recherche au CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ.....</b>              | <b>19</b> |
| Article 13 – L'organisation interne du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ en pôles d'activité et le découpage en structures internes..... | 19        |
| Article 14 – L'organisation des missions d'enseignement et de recherche.....  | 22        |
| <b>CHAPITRE 2 – LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT .....</b>   | <b>22</b> |
| <b>Section 1 – L'admission .....</b>  | <b>22</b> |
| <b>Sous-section 1 – Les dispositions générales .....</b>  | <b>22</b> |
| Article 15 – L'admission programmée.....  | 22        |
| Article 16 – La consultation.....   | 23        |
| Article 17 – L'admission en urgence.....  | 23        |
| Article 18 – L'exploitation des fiches d'évènements indésirables survenus aux urgences .....                                      | 23        |
| Article 19 – Le Plan blanc.....   | 24        |
| Article 20 – La personne de confiance.....  | 24        |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Sous-section 2 – Les dispositions particulières.....</b>                            | <b>25</b> |
| Article 21 – Les femmes enceintes .....  | 25        |
| Article 22 – Les militaires .....  | 26        |
| Article 23 – Les personnes détenues .....  | 26        |
| Article 24 – Les patients mineurs .....  | 27        |
| Article 25 – Les majeurs légalement protégés .....                                     | 27        |
| Article 26 – Les patients toxicomanes .....  | 28        |
| Article 27 – Les patients étrangers .....  | 28        |
| Article 28 – Les patients relevant du service de psychiatrie .....                     | 28        |
| Article 29 – Les personnes démunies .....  | 28        |
| <b>Section 2 – Le séjour .....</b>   | <b>29</b> |
| Article 30 – Le dépôt et la restitution des valeurs.....                               | 29        |
| Article 31 – L’exercice du droit de visite.....  | 29        |
| Article 32 – Le service des repas dans les services de soins .....                     | 30        |
| Article 33 – Les moyens de communication – courrier, téléphones et mobiles.....        | 30        |
| Article 34 – Les appareils de télévision, de radio et ordinateurs .....                | 31        |
| Article 35 – L’exercice du droit de culte .....  | 31        |
| Article 36 – Les droits civiques .....   | 31        |
| Article 37 – Le service social .....   | 32        |
| Article 38 – Le suivi scolaire des enfants et adolescents hospitalisés .....           | 32        |
| <b>Section 3 – Le paiement des frais de séjour .....</b>                               | <b>32</b> |
| Article 39 – Les tarifs des prestations .....  | 32        |
| Article 40 – Le forfait journalier .....   | 33        |
| Article 41 – Le paiement des frais de séjour et les provisions.....                    | 33        |
| Article 42 – Les prestations fournies aux accompagnants .....                          | 33        |
| <b>Section 4 – Les droits et les devoirs des patients hospitalisés.....</b>            | <b>33</b> |
| Article 43 – L’information des patients .....  | 33        |
| Article 44 – L’information des proches .....   | 34        |
| Article 45 – Le droit à l’image des patients.....                                      | 35        |
| Article 46 – Le consentement aux soins .....   | 35        |
| Article 47 – Les dispositions spécifiques aux patients en fin de vie .....             | 36        |
| Article 48 – L’accès au dossier médical .....  | 38        |
| Article 49 – Les dons et les prélèvements d’éléments et produits du corps humain ..... | 39        |
| Article 50 – Les dispositions relatives à la recherche.....                            | 40        |
| Article 51 – Les réclamations, les voies de recours et d’indemnisation .....           | 40        |
| Article 52 – Le comportement des patients hospitalisés et consultants .....            | 43        |
| <b>Section 5 – La sortie .....</b>   | <b>43</b> |
| <b>Sous-section 1 – Les principes généraux .....</b>                                   | <b>43</b> |
| Article 53 – La décision et l’organisation de la sortie .....                          | 43        |
| Article 54 – Le transport des patients .....   | 44        |
| Article 55 – Le questionnaire de sortie.....   | 44        |
| <b>Sous-section 2 – Les cas particuliers .....</b>                                     | <b>44</b> |
| Article 56 – La sortie des mineurs et des nouveau-nés.....                             | 44        |
| Article 57 – La sortie contre avis médical .....                                       | 45        |
| Article 58 – La sortie après refus de soins.....                                       | 45        |
| Article 59 – La sortie à l’insu du service .....                                       | 46        |

|   |           |
|---|-----------|
| Article 60 – La sortie disciplinaire .....  | 46        |
| Article 61 – Le transfert de patients.....  | 46        |
| <b>Section 6 – La naissance et les décès .....</b>  | <b>47</b> |
| Article 62 – Les dispositions relatives aux naissances .....  | 47        |
| Article 63 – Les dispositions relatives aux décès .....   | 48        |
| <br>  |           |
| <b>CHAPITRE 3 – LES DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL .....</b>                                       | <b>51</b> |
| <br>  |           |
| <b>Section 1 – Le statut des personnels et l’organisation des obligations de service.....</b>           | <b>51</b> |
| Article 64 – Le statut des personnels.....  | 51        |
| Article 65 – L’organisation des obligations de service des praticiens hospitaliers .....                | 51        |
| Article 66 – Le remplacement des praticiens hospitaliers.....   | 52        |
| <br>  |           |
| <b>Section 2 – Les devoirs des personnels .....</b>   | <b>52</b> |
| <br>  |           |
| <b>Sous-section 1 – Les principes généraux .....</b>  | <b>52</b> |
| Article 67 – L’assiduité et la ponctualité horaires et obligations de service .....                     | 52        |
| Article 68 – L’interdiction d’exercer une activité privée.....  | 52        |
| Article 69 – Les principes de neutralité et de laïcité à l’hôpital.....                                 | 53        |
| Article 70 – La tenue vestimentaire de travail.....   | 53        |
| Article 71 – Le principe de non gratification des agents.....   | 53        |
| <br>  |           |
| <b>Sous-section 2 – Les principes fondamentaux liés au respect du patient .....</b>                     | <b>53</b> |
| Article 72 – Le secret professionnel .....  | 53        |
| Article 73 – L’obligation de discrétion professionnelle .....   | 54        |
| Article 74 – La connaissance et l’application de la charte de la personne hospitalisée .....            | 54        |
| <br>  |           |
| <b>Section 3 – Les droits des personnels .....</b>  | <b>54</b> |
| Article 75 – La liberté d’opinion et d’expression .....   | 54        |
| Article 76 – La liberté syndical et le droit de grève .....   | 55        |
| Article 77 – La protection de l’agent dans l’exercice de ses fonctions.....                             | 55        |
| Article 78 – La protection contre le harcèlement .....  | 55        |
| Article 79 – Le droit d’accès d’un agent à son dossier administratif .....                              | 56        |
| Article 80 – Le droit à la formation professionnelle tout au long de sa vie .....                       | 56        |
| Article 81 – Les dispositions relatives à l’organisation du temps de travail.....                       | 57        |
| Article 82 – L’hygiène, la sécurité et les conditions de travail .....                                  | 58        |
| <br>  |           |
| <b>CHAPITRE 4 – LES REGLES DE SECURITE APPLICABLES AU CHU BESANÇON FRANCHE-</b>                         |           |
| <b>COMTÉ .....</b>  | <b>58</b> |
| Article 83 – La circulation et le stationnement automobile.....   | 58        |
| Article 84 – L’interdiction de fumer.....   | 59        |
| Article 85 – La sécurité incendie.....  | 59        |
| Article 86 – Les règles applicables au traitement informatisé d’informations<br>nominatives .....       | 60        |
| Article 87 – Les relations avec les journalistes de presse écrite, radio, télé et<br>photographes ..... | 61        |
| <br>  |           |
| <b>CHAPITRE 5 – LES DISPOSITIONS RELATIVES AU PRESENT REGLEMENT INTERIEUR.....</b>                      | <b>62</b> |
| Article 88 – L’entrée en vigueur du règlement intérieur.....  | 62        |
| Article 89 – La mise à disposition du règlement intérieur.....  | 62        |

|  |           |
|--|-----------|
| Article 90– Les autres règlements intérieurs.....  | 62        |
| Article 91 – Modification du règlement intérieur.....                                    | 63        |
| <b>ANNEXES .....</b>   | <b>64</b> |
| Annexe 1 – La charte de la personne hospitalisée .....                                   | 64        |
| Annexe 2 – Liste des pôles et structures internes du CHU de Besançon Franche-Comté ..... | 90        |
| Annexe 3 – La convention hospitalo-universitaire .....                                   | 94        |
| Annexe 4 – Le protocole d’exercice du droit syndical.....                                | 106       |

Le présent règlement intérieur du Centre Hospitalier Universitaire de Besançon Franche-Comté est arrêté en application de l'article R6141-11 du code de la santé publique par le directeur général en date du 13 février 2026 suite à la création du nouvel établissement CHU Besançon Franche-Comté par le décret no 2025-993 du 28 octobre 2025 relatif à la fusion-absorption du centre de soins et d'hébergement de longue durée Jacques Weinman d'Avanne-Aveney, du centre de long séjour Bellevaux de Besançon et du centre de soins et de réadaptation les Tilleroyes de Besançon par le centre hospitalier régional de Besançon.

Il définit les règles de fonctionnement du CHU Besançon Franche-Comté propres à faire assurer le respect des droits et obligations des patients, des personnels, et de toute personne extérieure à l'hôpital.

Le Directeur général du CHU Besançon Franche-Comté veille à l'exécution du présent règlement intérieur.

## **Préambule – Présentation de l'établissement**

### **Article 1 – Le CHU BESANCON FRANCHE-COMTÉ, établissement public de santé**

#### **1.1 Statut**

Le CHU Besançon Franche-Comté est un établissement public de santé doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière. Il est soumis au contrôle de l'Etat.

Le CHU BESANCON FRANCHE-COMTE a une vocation régionale liée à sa haute spécialisation et figure sur la liste établie par décret des centres hospitaliers régionaux. Il assure en outre les soins courants à la population proche.

Le CHU BESANCON FRANCHE-COMTE est lié par convention à l'UFR de Médecine et Pharmacie de l'Université de Franche-Comté.

#### **1.2 Sites et implantations géographiques**

Le CHU Besançon Franche-Comté est établi sur quatre sites :

Site Jean Minjoz, sis 3 boulevard Fleming – 25000 Besançon  
N° FINESS Entité Juridique 250000015 / N° FINESS Géographique 250006954

Site Saint-Jacques, sis 2 place Saint-Jacques – 25000 Besançon  
N° FINESS Entité Juridique 250000015 / N° FINESS Géographique 250000023

Site Jacques Weinman, sis 14/16 rue des Cerisiers – 25720 Avanne-Aveney  
N° FINESS Entité Juridique 250000015 / N° FINESS Géographique 250001252

Site Bellevaux, sis 29 Quai de Strasbourg – 25000 Besançon  
N° FINESS Entité Juridique 250000015 / N° FINESS Géographique 250001237

Site Les Tilleroyes, sis 46 bis chemin du Sanatorium – 25000 Besançon  
N° FINESS Entité Juridique 250000015 / N° FINESS Géographique 250000759

· · · · ·  
· Texte(s) de Référence :  
· Article L. 6141-1 et L. 6141-2 du  
· Code de la Santé Publique  
· · · · ·

### **Article 2 – Les missions**

Le CHU BESANCON FRANCHE-COMTÉ assure, à titre principal, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.

Il participe à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services

médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils généraux pour les compétences qui les concernent.

Il participe à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire.

Il mène, en son sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale.

.....  
: Texte(s) de Référence :  
: Article L. 6111-1 du Code de la  
: Santé Publique  
: .....  
.....

### **Article 3 – Les principes fondamentaux**

Le CHU Besançon Franche-Comté est régi par les principes fondamentaux visant l'égal accès de tous aux soins, la continuité du service hospitalier, ainsi que l'adaptation continue des moyens aux exigences de qualité de ce service ; il applique, en outre, la charte du patient hospitalisé telle que définie par la circulaire n° 90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées (**Annexe 1**).

Aucune discrimination ne peut être établie entre les malades en ce qui concerne l'admission et les soins. De jour comme de nuit, et en toutes circonstances, le CHU BESANCON FRANCHE-COMTÉ est ainsi en mesure d'accueillir les personnes dont l'état requiert ses services. Il assure leur admission soit en son sein, éventuellement en urgence, soit dans une autre structure de soins.

Les personnels du CHU BESANCON FRANCHE-COMTÉ dispensent les soins dans le respect des règles déontologiques et professionnelles qui leur sont applicables, notamment en ce qui concerne le secret professionnel et l'information des patients et de leurs proches.

Le respect de la dignité et de la personnalité du malade, la prise en compte de sa douleur, physique et psychologique et le devoir d'assistance à personne en péril sont des obligations essentielles de l'ensemble des personnels du CHU BESANCON FRANCHE-COMTÉ.

# Chapitre 1 – L'organisation du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ

## Section 1 – L'administration du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ

Conformément à la réglementation en vigueur, le CHU Besançon Franche-Comté est doté d'un Conseil de Surveillance (Article 4). Il est dirigé par un directeur général (Article 5), nommé par décret, qui préside le Directoire (Article 6).

### Sous-section 1 – Les organes de décisions

#### **Article 4 – Le Conseil de Surveillance**

##### 4.1 Composition

Le conseil de Surveillance du CHU BESANCON FRANCHE-COMTÉ compte 15 membres répartis en 3 collèges, nommés pour une durée de 5 ans :

- Les représentants des collectivités territoriales
  - Le maire de la ville de Besançon siège de l'établissement, ou le représentant qu'il désigne ;
  - Un représentant de la Métropole de Besançon
  - Le président du conseil départemental du Doubs, ou le représentant qu'il désigne ;
  
  - Un représentant du conseil départemental du principal département d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation, au cours du dernier exercice connu, autre que le département siège de l'établissement principal ;
  
  - Un représentant du conseil régional de Bourgogne Franche Comté
  
- Les représentants du Personnel
  - un membre désigné par la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (C.S.I.R.M.T.),
  - deux membres désignés par la Commission Médicale d'Etablissement (C.M.E.),
  - deux membres désignés par les organisations syndicales les plus représentatives.
  
- Les personnalités qualifiées et les représentants des usagers
  - deux personnalités qualifiées désignées par le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé,
  - trois personnalités qualifiées désignées par le Préfet du Doubs, dont au moins deux représentants des usagers.

- Siègent par ailleurs avec voix consultative
  - le Vice-président du Directoire, Président de la CME,
  - le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, ou son représentant,
  - le Président du Comité d'éthique,
  - le Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie,
  - le Directeur de l'Unité de Formation et de Recherche de médecine,
  - Les parlementaires de la circonscription,
  - Un représentant des familles désigné pour une durée de cinq ans par le directeur général suite à un appel à candidature parmi les membres des CVS,
  
- Le Directeur général du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ, Président du Directoire, participe aux réunions du Conseil de Surveillance assisté, selon son choix, des membres de l'équipe de direction.

#### 4.2 Présidence

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

#### 4.3 Attributions

Le Conseil de Surveillance dispose des compétences prévues à l'article L 6143-1 du code de la santé publique.

Texte(s) de Référence :  
 Article L. 6143-1 à L. 6143-6 et R.  
 6143-1 à R. 6143-16 du Code de  
 la Santé Publique

### **Article 5 – Le directeur général et l'équipe de direction**

#### 5.1 Nomination

Le Directeur général du CHU Besançon Franche-Comté, nommé selon la réglementation en vigueur, assure la conduite générale de l'établissement dont il est le représentant légal.

## 5.2 Attributions

- Le directeur général conduit la politique générale de l'établissement conformément à l'article L 6143-7 du code de la santé publique. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.
- Le directeur général dispose d'un pouvoir de nomination, de proposition de nomination et d'admission par contrat de professionnels libéraux.
  - Il dispose d'un pouvoir de nomination complet pour le personnel non médical.
  - Il propose les nominations du personnel médical hospitalier au Directeur général du CNG (Centre National de gestion), sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la CME.
  - Il nomme les membres du Directoire. Concernant les membres médicaux du Directoire, leur nomination intervient sur présentation d'une liste de proposition établie conjointement par le président de la CME et le directeur de l'UFR.
  - Il révoque les membres du Directoire, à l'exception des membres de droit, après information du Conseil de Surveillance.
  - Il nomme les chefs de pôle par décision conjointe avec le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale.
- Il assure le secrétariat du Conseil de Surveillance assisté d'un ou plusieurs de ses collaborateurs.
- Pour assurer sa mission de conduite générale de l'établissement, le Directeur général est entouré d'une équipe de direction.
- Une garde administrative est organisée pour veiller à la bonne marche du service public hospitalier et parer à tout évènement qui pourrait en entraver le fonctionnement normal. Elle est assurée par un membre de l'équipe de Direction selon un calendrier établi par le Directeur général. Pendant sa garde, le Directeur de garde est investi par délégation de la compétence du Directeur général. Il lui appartient d'avertir ce dernier des évènements qui, en raison de leur nature ou de leur gravité, sont susceptibles notamment d'engager la responsabilité ou concerner l'image du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTE.

.....  
▪ Texte(s) de Référence :  
▪ Article L. 6143-7 à L.6143-7-5 du  
▪ Code de la Santé Publique  
▪ Article L. 6146-1 du Code de la  
▪ Santé Publique  
.....

## **Article 6 – Le Directoire**

### **6.1 Composition**

Le Directoire du CHU Besançon Franche-Comté comporte onze membres, nommés selon les dispositions réglementaires applicables, dont une majorité appartenant à la communauté médicale.

### **6.2 Présidence**

La présidence du Directoire est assurée par le Directeur général du CHU Besançon Franche-Comté.

### **6.3 Attributions**

- Le Directoire prépare le projet d'établissement sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.
- Le Directoire conseille le Directeur général, dans la gestion et la conduite de l'établissement.
- Le Directoire est obligatoirement concerté par le Directeur général sur les sujets mentionnés à l'article L 6143-7 du code de la santé publique.

.....  
· Texte(s) de Référence :  
· Article L. 6143-7, L. 6143-7-4 et  
· L. 6143-7-5 du Code de la Santé  
· Publique  
· Article L. 6146-1 du Code de la  
· Santé Publique  
· Article D. 6143-35-1 du Code de  
· la Santé Publique  
.....

## **Sous-section 2 – Les instances représentatives**

### **Article 7 – La Commissions Médicale d'Établissement (CME) et les sous-commissions de la CME**

#### **7.1 Composition**

La composition de la CME du CHRU de Besançon est fixée comme suit :

- **Les chefs de pôle**  
Lorsque le nombre des chefs de pôles est supérieur ou égal à onze, le règlement intérieur de l'établissement détermine le nombre des représentants à élire parmi les chefs de pôle, ce nombre ne pouvant être inférieur à dix. Pour le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Besançon, ce nombre est fixé à 13.

- **Les représentants élus**
  - **13 représentants des responsables de structures internes, services ou unités fonctionnelles :**
    - 8 dans la discipline Médecine dont 3 issus des sites géographiques distants d'Avanne, Bellevaux et des Tilleroyes
    - 3 dans la discipline Chirurgie
    - 2 dans la discipline Biologie
  - **21 représentants des personnels enseignants et hospitaliers titulaires de l'établissement :**
    - 8 dans la discipline Médecine
    - 6 dans la discipline Chirurgie
    - 1 dans la discipline Anesthésie-Réanimation
    - 5 dans la discipline Biologie
    - 1 dans la discipline Pharmacie
  - **21 représentants des praticiens hospitaliers titulaires de l'établissement à temps plein ou à temps partiel :**
    - 8 dans la discipline Médecine
    - 5 dans la discipline Chirurgie et Odontologie
    - 3 dans la discipline Biologie
    - 4 dans la discipline Anesthésie-Réanimation
    - 1 dans la discipline Pharmacie
  - **3 représentants des personnels temporaires ou non titulaires (CCA – AHU – PHU) et des personnels contractuels** (praticiens contractuels à temps plein et à temps partiel, praticiens attachés),
  - **2 représentants élus parmi les Sages-femmes.**
  
- **Les représentants des internes**
  - 1 pour les internes de médecine générale,
  - 1 pour les internes de spécialité,
  - 1 pour les internes de pharmacie.
  - 1 pour les internes en odontologie
  
- **Les représentants des étudiants**
  - 1 représentant pour les étudiants hospitaliers en médecine
  - 1 représentant pour les étudiants hospitaliers en pharmacie
  - 1 représentant pour les étudiants hospitaliers en odontologie
  - 1 représentant pour les étudiants en second cycle des études de maïeutique.
  
- **Les membres avec voix consultative**
  - Le Président du Directoire, ou son représentant, qui peut se faire assister par toute personne de son choix.
  - Les directeurs d'unité de formation et de recherche de sciences médicales et pharmaceutiques (UFR SMP) de Besançon,
  - Le président de la C.S.I.R.M.T. (commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques),
  - Le praticien responsable de l'information médicale,
  - Le représentant du Comité Social d'Etablissement élu en son sein,

- Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène,
- Le représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le Directeur Général.
- Le coordonnateur de la gestion des risques.
- Le Vice-président Recherche du Directoire est invité à titre permanent.

### 7.2 Présidence et vice-présidence.

Les mandats de président et de vice-président de la CME sont exercés par des membres de cette commission élus parmi les praticiens titulaires. Conformément à la réglementation applicable aux centres hospitaliers universitaires, la CME élit en son sein le président parmi les personnels enseignants et hospitaliers et le vice-président parmi les praticiens titulaires.

### 7.3 Attributions

La CME dispose de toutes les attributions prévues à l'article 6144-1 du code de la santé publique

### 7.4 Règlement intérieur de la CME

Le fonctionnement de la CME est décrit dans le règlement intérieur de cette instance.

.....  
 · Texte(s) de Référence :  
 · Articles L. 6144-1 du Code de la  
 · Santé Publique  
 · Article R. 6144-1 à R. 6144-6 du  
 · Code de la Santé Publique  
 .....

## **Article 8 – Le Comité Social d'Établissement (CSE)**

### 8.1 Composition

Le CSE est composé de 15 membres élus.

Un représentant de la CME assiste aux réunions du CSE avec voix consultatives.

### 8.2 Présidence et secrétariat

Le CSE est présidé par le Directeur général du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ ou par son représentant, l'un ou l'autre pouvant se faire assister du (ou des) collaborateur(s) de son choix, sans que ce(s) dernier(s) puisse(nt) prendre part aux votes.

Le secrétaire est élu par les représentants du personnel.

### 8.3 Attributions

Le Comité Social d'Établissement est compétent sur toutes les matières relevant des articles R 253-11 à R253-13 du code général de la fonction publique.

### 8.4 Règlement intérieur

L'organisation et le fonctionnement du CSE sont spécifiés au sein d'un règlement intérieur dédié.

.....  
: Texte(s) de Référence :  
: Articles R 252 et R 253 code  
: général de la fonction publique :  
.....

## **Article 9 – La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)**

### 9.1 Composition

- La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Elle est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Les représentants élus constituent trois collèges :

1° Collège des cadres de santé ;

2° Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques

;

3° Collège des aides-soignants.

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

Participent aux séances de la commission avec voix consultative :

a) Le ou les directeurs des soins qui assistent le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

b) Les directeurs des soins chargés des instituts de formation et écoles paramédicaux rattachés à l'établissement ;

c) Un représentant des étudiants de troisième année nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'institut de formation paramédicale ou des directeurs des instituts de formation s'ils sont plusieurs à être rattachés à l'établissement ;

d) Un élève aide-soignant nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'institut de formation ou de l'école ou des directeurs des instituts de formation ou des écoles s'ils sont plusieurs à être rattachés à l'établissement ;

e) Un représentant de la commission médicale d'établissement.  
Toute personne qualifiée peut être associée aux travaux de la commission à l'initiative du président ou d'un tiers de ses membres.

- Au CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ siègent également avec voix consultative :
  - Un/une SF
  - Un/une psychologue,
    - Un agent des services hospitaliers
    - Un préparateur en pharmacie

La désignation des trois derniers membres se fait par le Président de la CSIRMT suite à un appel à candidature.

- Les autres participants :  
A l'initiative du Président, des personnes qualifiées peuvent être associées temporairement aux travaux de la commission.

## 9.2 Présidence

La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est présidée par le Directeur des soins, coordonnateur général des soins, membre de droit. En son absence, le directeur des soins adjoint ou un cadre supérieur de santé de la direction des soins assure cette présidence par délégation

## 9.3 Attributions

La Commission des Soins infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques est compétente sur les sujets prévus à l'article R 6146-10 du code de la santé publique.

## 9.4 Règlement intérieur de la CSIRMT

L'organisation et le fonctionnement de la CSIRMT sont décrits dans le règlement intérieur de cette instance

· · · · ·  
· Texte(s) de Référence :  
· Article R. 6146-10 à R. 6146-16  
· du Code de la Santé Publique  
· · · · ·

## Sous-section 3 – Les autres organes spécialisés de l'Établissement

### **Article 10 – La Commission des usagers**

#### 10.1 Organisation

Quatre Commissions des Usagers sont installées au CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ sur les sites suivants :

- Une pour le site de Jean Minjoz et de Saint Jacques,
- Une pour le site d'Avanne,
- Une pour le site de Bellevaux,
- Une pour le site des Tilleroyes.

#### 10.2 Composition

Sont membres des commissions des usagers :

- Le Directeur général du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ, ou son représentant,
- 3 médiateurs médicaux, désignés par le Général du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ parmi les médecins exerçant dans l'établissement ou ceux ayant cessé depuis moins de cinq ans, d'y exercer la médecine ou des fonctions de médiateur,
- 2 médiateurs non médicaux désignés par le Directeur général du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ, parmi le personnel non médical exerçant dans l'établissement,
- 2 représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur de l'Agence Régionale de Santé,
- Le Président de la Commission Médicale d'Établissement, ou son représentant,
- Un représentant de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques et son suppléant, désignés par le Coordonnateur Général des soins,
- Un représentant du Conseil de Surveillance,
- Le directeur en charge de la politique Qualité au CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ, assiste avec voix consultative aux séances de la Commission, laquelle peut en outre entendre toute personne compétente sur les questions inscrites à l'ordre du jour d'une séance

#### 10.3 Présidence

Le Directeur général, ou son représentant, assure la présidence de la commission.

#### 10.4 Attributions

La Commission des Usagers :

- procède à une appréciation des pratiques du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ 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 de plaintes,

des réclamations et des témoignages de satisfaction reçus dans les différents services ainsi que des suites apportées,

- recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le Conseil de surveillance concernant les droits des patients et la qualité de l'accueil et de la prise en charge et évalue l'impact de leur mise en œuvre,
- formule des recommandations, notamment en matière de formation des personnels, destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches et à assurer le respect des droits des usagers,
- rend compte de ses analyses et propositions dans un rapport annuel relatif aux droits des usagers et à la qualité de l'accueil et de la prise en charge au sein de l'établissement.

### 10.5 Règlement intérieur de la commission

L'organisation et le fonctionnement des commissions sont décrits dans les règlements intérieur de chacune des instances.

Texte(s) de Référence :  
Articles L 1112-3 et R 1112-70 à R  
1112-94 du Code de la Santé  
Publique

## **Article 11 – Les Formations Spécialisées du CSE en matière de Santé, de Sécurité et de Conditions de Travail (F3SCT)**

### 11.1 Organisation

Il est institué quatre F3SCT compétente par zone géographique :

- Une pour le site de Jean Minjoz et de Saint Jacques,
- Une pour le site d'Avanne,
- Une pour le site de Bellevaux,
- Une pour le site des Tilleroyes.

### 11.2 Composition

La composition des F3SCT est conforme aux articles R 251 à R 254 du code général de la fonction publique

### 11.3 Présidence et secrétariat

Les F3SCT sont présidées par le Directeur général ou son représentant.

### 11.4 Attributions

Les F3SCT disposent des attributions prévues au code général de la fonction publique.

## 11.5 Règlement intérieur

Les règlements intérieurs précisent les modalités de fonctionnement et d'organisation.

.....  
· Texte(s) de Référence :  
· Article R 251 à R 254 du code  
· général de la fonction publique  
.....

### **Article 12 – Les autres instances (liste non exhaustive)**

D'autres instances contribuent également au bon fonctionnement du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ. Outre les sous-commissions spécialisées de la CME (Article 7.4), on dénombre les instances suivantes :

- Le Comité de lutte contre les infections nosocomiales
- Le Comité de liaison en Alimentation Nutrition
- La Commission d'activité libérale,
- La Commission d'appel d'offres,
- La Commission relative à l'organisation et à la permanence des soins (COPS),
- Le Comité d'éthique clinique.

## **Section 2 – L'organisation des soins, de l'enseignement et de la recherche au CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ**

### **Article 13 – L'organisation interne du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ en pôles d'activité et le découpage en structures internes**

#### 13.1 Les pôles

Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne, dans le cadre de pôles d'activité. L'organisation en pôle obéit à une logique de simplification et de déconcentration de la gestion. Ils doivent représenter une masse critique suffisante pour leur permettre d'assurer une gestion déconcentrée.

Le CHU Besançon Franche-Comté est organisé en pôles d'activité clinique, médico-technique et administrative, dénommés pôles hospitalo-universitaires (**Annexe 2**).

L'organisation polaire du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ est définie par le Directeur général conformément au projet médical d'établissement, après concertation avec le Directoire et après avis du Président de la CME et du Directeur de l'UFR SMP (Sciences médicales et pharmaceutiques).

Les pôles sont constitués de structures internes et sont placés sous la responsabilité d'un chef de pôle (**Annexe 2**).

### 13.2 La nomination des chefs de pôles

Les chefs de pôle sont nommés par décision conjointe du directeur général, du président de la CME, de la directrice de l'UFR.

### 13.3 Le projet et le contrat de pôle

Le contrat de pôle est une déclinaison opérationnelle du projet d'établissement à l'échelle du pôle d'activité.

Il a pour objet de fixer les modalités d'engagements réciproques des signataires, concernant les objectifs du pôle d'activité, les moyens mis à sa disposition, les indicateurs de suivi de sa gestion, les modalités d'intéressement aux résultats de cette gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution des clauses figurant au contrat.

La contractualisation interne vise à associer plus étroitement les professionnels de santé à la gestion des pôles d'activité. Celle-ci doit permettre l'amélioration de la qualité du service rendu au patient par une maîtrise médicalisée des ressources et une adaptation des organisations médicales et soignantes.

Le médecin responsable de pôle bénéficie d'une délégation de gestion du Directeur général.

Le chef de pôle est assisté dans sa mission par les collaborateurs de son choix. Il associe au management les équipes médicales des différentes structures internes ainsi que l'encadrement soignant du pôle.

Un directeur adjoint est désigné par le Directeur général comme référent du pôle d'activité.

Le contrat de pôle s'inscrit dans le cadre de la politique institutionnelle de contractualisation interne.

La réglementation applicable à l'ensemble des établissements publics de santé s'impose au pôle d'activité, de même que les principes de gestion institutionnels.

Les objectifs déclinés par le présent contrat sont en cohérence avec les dispositions des schémas régional et interrégional d'organisation des soins et du projet d'établissement, ainsi qu'aux stipulations du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et du contrat de retour à l'équilibre financier négocié avec l'Agence Régionale de Santé.

### 13.4 La nomination des responsables de structures internes

Les chefs de service et les responsables de structures internes ou d'unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique ou médico-technique sont nommés,

après avis du chef de pôle, par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement ainsi qu'en association du doyen pour une durée de quatre ans renouvelables.

### 13.5 Département de gériatrie

En application de l'article L6146-1-2 du code de la santé publique, une organisation dérogatoire à l'organisation médicale en pôles et en services est mise en place afin de permettre l'intégration de l'organisation médicale des établissements fusionnés à l'organisation médicale du CHU.

Par dérogation à l'organisation médicale en pôles et en services et aux compétences habituellement dévolues aux services, un Département de Gériatrie est créé au sein du pôle Autonomie Handicap.

Le Département de Gériatrie dispose d'une partie des compétences habituellement dévolues au service tel que défini dans le tableau ci-dessous.

Le chef de Département de Gériatrie est nommé conjointement par le Directeur général et le Président de la CME.

Le Département de gériatrie est composé de quatre services :

- Service de médecine gériatrique aigue du site Jean Minjoz
- Service de gériatrie du site de Bellevaux
- Service de gériatrie du site d'Avanne
- Service de réadaptation du site des Tilleroyes

Le chef de service de chacun des services est nommé conjointement par le Directeur général, le Président de la CME et en associant le doyen.

Un bureau de département réunit sous la direction du chef de Département l'ensemble des chefs de service afin de garantir la participation au fonctionnement de la structure.

Répartition des compétences au sein du Département ainsi créé :

Le chef de département :

- Définit le projet de département en lien avec le projet médical du pôle Autonomie Handicap ;
- Définit l'organisation médicale de l'ensemble des structures ;
- Coordonne les services ;
- Est associé au projet du pôle par le chef de pôle ;
- Assure l'encadrement de proximité des chefs de service ;
- Organise l'encadrement des internes et des étudiants ;
- Recrute l'ensemble des praticiens du département en concertation avec les chefs de service.

Les chefs de service du département :

- Définissent le projet de service en lien avec le projet de Département ;
- Arrêtent les plannings des praticiens du service ;
- Assurent l'encadrement de proximité des praticiens du service ;
- Garantissent la qualité et la sécurité des soins ;
- Assurent les relations avec les familles ;
-

- Texte(s) de Référence :
- Article L. 6143-7 du Code de la Santé Publique
- Article L. 6146-1 du Code de la Santé Publique
- Article L. 6146-20 du Code de la Santé Publique
- Article R. 6146-1 à R. 6146-4 du Code de la Santé Publique

## **Article 14 – L’organisation des missions d’enseignement et de recherche**

Le CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ concourt à la formation universitaire des futurs médecins et pharmaciens ainsi qu’aux activités de recherche. La convention conclue avec l’Université de Franche-Comté et l’UFR Sciences médicales et pharmaceutiques, et constitutive du Centre Hospitalier Régional Universitaire détermine les principes et modalités de la participation du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ à ces missions (Annexe 3).

LE CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ assure, au sein de l’Institut de formation des professions de santé (IFPS), subventionné par le Conseil Régional de Franche-Comté, la formation des personnels paramédicaux des filières suivantes :

- Diplôme d’Etat d’Infirmier (IDE)
- Diplôme d’Etat d’infirmièr(e)s anesthésistes (IADE)
- Diplôme d’Etat d’infirmièr(e)s de bloc opératoire (IBODE)
- Diplôme d’Etat de puéricultrice
- Diplôme d’Etat de masseur-kinésithérapeute
- Diplôme d’Etat de cadre de santé
- Diplôme d’Etat d’Aide-soignant
- Diplôme d’Etat d’auxiliaire de puériculture (AP)
- Diplôme d’Etat des Assistants de régulation médicale
- Diplôme d’Etat ambulancier

## **Chapitre 2 – La prise en charge du patient**

### **Section 1 – L’admission**

#### **Sous-section 1 – Les dispositions générales**

### **Article 15 – L’admission programmée**

L’admission à l’hôpital est prononcée par le directeur sur avis d’un médecin ou d’un interne de l’établissement. Elle est décidée, hors les cas d’urgence reconnus par le médecin ou l’interne de garde de l’établissement, sur présentation d’un certificat d’un médecin traitant ou appartenant au service de consultation de l’établissement attestant la nécessité du traitement hospitalier.

- Texte(s) de Référence :
- Article R. 1112-11 du Code de la
- Santé Publique

## **Article 16 – La consultation**

Le CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ dispose de secteurs de consultations et de soins pour les patients ne relevant pas d'une hospitalisation dans ses services. Des modalités d'accueil et d'organisation du circuit des patients consultants sont définies de manière à garantir le bon fonctionnement des secteurs de consultations et de soins externes et la qualité de la prise en charge proposée à ces patients.

## **Article 17 – L'admission en urgence**

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

Tout malade ou blessé dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement doit signer une attestation traduisant expressément son refus. A défaut, un procès-verbal de refus est établi et contresigné par deux agents du service.

.....  
· Texte(s) de Référence :  
· Article R. 1112-13 et 14 du Code  
· de la Santé Publique  
.....

## **Article 18 – L'exploitation des fiches d'évènements indésirables survenus aux urgences**

Une fiche, dont le modèle est arrêté par le ministre chargé de la santé, a été établie par le Service d'accueil des urgences (SAU), et est transmise à la Direction en charge de la qualité pour signaler chaque dysfonctionnement constaté dans l'organisation de la prise en charge ou dans l'orientation des patients. Des réunions mensuelles sont organisées entre le Service d'accueil des urgences et à la Direction en charge de la qualité.

Cette action s'inscrit dans la démarche institutionnelle de gestion des risques. Il est précisé que tout professionnel a la possibilité d'effectuer une déclaration d'évènements indésirables dont il serait le témoin. Le Comité technique de gestion des risques garantit la confidentialité des analyses effectuées.

.....  
· Texte(s) de Référence :  
· Article R. 6123-24 du Code de la  
· Santé Publique  
.....

## **Article 19 – Le Plan blanc**

Le CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ est doté d'un dispositif de crise dénommé Plan blanc d'établissement, qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.

Le Plan blanc est arrêté, après avis des instances consultatives compétentes, par le Directeur général après concertation avec le Directoire. Il est transmis au représentant de l'Etat dans le département, au Directeur général de l'Agence régionale de santé et au service d'aide médicale urgente départemental.

Il peut être déclenché par le Directeur général qui en informe sans délai le représentant de l'Etat dans le département, ou à la demande de ce dernier.

Dans tous les cas, le représentant de l'Etat dans le département informe sans délai le Directeur général de l'Agence régionale de santé, le service d'aide médicale urgente départemental et les représentants des collectivités territoriales concernées du déclenchement d'un ou plusieurs plans blancs.

.....  
: Texte(s) de Référence :  
: Article L. 3131-7 et suivants du  
: Code de la Santé Publique  
: .....

## **Article 20 – La personne de confiance**

Lors de l'admission, il est proposé à chaque malade majeur de désigner par écrit une personne de confiance. Cette désignation, facultative, figure au dossier médical. Cette personne – qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant – a vocation à être consultée si le malade devenait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cet effet. Si ce dernier le souhaite, elle peut aussi l'accompagner dans ses démarches, assister aux entretiens médicaux et l'aider dans ses décisions.

Son rôle est renforcé pour les malades en fin de vie. Lorsque le malade dans cette situation est hors d'état d'exprimer sa volonté et sauf urgence ou impossibilité, l'avis de la personne de confiance qu'il a désignée prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées, dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin.

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

Cette désignation est en principe valable pour la durée du séjour hospitalier, mais elle est révocable à tout moment par le patient (ou par le Juge des Tutelles pour les majeurs placés sous protection). La personne de confiance ne se confond pas nécessairement avec la « personne à prévenir » en cas d'aggravation de l'état de santé (ou décès), sauf désignation d'une même personne par le patient.

La personne désignée peut refuser d'être la personne de confiance du patient.

.....  
: Texte(s) de Référence :  
: Article L. 1111-6 et 12 du Code  
: de la Santé Publique  
: .....

## **Sous-section 2 – Les dispositions particulières**

### **Article 21 – Les femmes enceintes**

#### **21.1 L'admission dans le service de gynécologie obstétrique**

Si des lits sont disponibles dans le service de gynécologie obstétrique et dans le cadre de la protection de la femme et de l'enfant, le Directeur général ne peut refuser la demande d'admission :

- d'une femme enceinte, dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement,
- d'une femme accouchée et de son enfant, dans le mois qui suit l'accouchement.

En l'absence de lit disponible au sein du site, le Directeur général organise cette admission dans un autre établissement assurant le service public hospitalier et pourvu des services médicalement adaptés au cas de l'intéressée.

#### **21.2 Le secret de la grossesse ou de la naissance**

Si pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission, dans les conditions prévues par l'article L. 222-6 du code de l'action sociale et des familles, aucune pièce d'identité n'est exigée et aucune enquête n'est entreprise. Cette admission est prononcée sous réserve qu'il n'existe pas de lits vacants dans un centre maternel du département ou dans ceux avec lesquels le département a passé convention.

Les frais d'hébergement et d'accouchement des femmes qui ont demandé à ce que le secret de leur identité soit préservé, sont pris en charge par le Service de l'aide sociale à l'enfance du département du Doubs.

Lorsque la demande d'anonymat émane d'une femme mineure, le Directeur, en liaison avec le service social, signale la situation au Parquet qui apprécie la nécessité ou non de saisir le juge des enfants en vue d'une mesure d'assistance éducative pouvant concerner la femme et/ou l'enfant.

#### **21.3 L'admission pour une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)**

Le CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ est réglementairement autorisé à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse selon les conditions fixées par le code de la santé publique.

Cette activité est réalisée en tenant compte du droit pour tout professionnel hospitalier concerné à faire valoir sa clause de conscience : « Hors cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser des soins pour les raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. »

La prise en charge financière d'un acte d'IVG pratiqué au CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ est assurée selon les règles applicables en la matière par les organismes d'assurance-maladie.

- Texte(s) de Référence :
- Article R. 1112-27 du Code de la Santé Publique
- Article L. 2212-1 et suivants du Code de la Santé Publique
- Article R. 4127-45 du Code de la Santé Publique
- Article L. 222-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles

### **Article 22 – Les militaires**

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

- Texte(s) de Référence :
- Article R. 1112-29 du Code de la Santé Publique

### **Article 23 – Les personnes détenues**

Le CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ dispose d'un service de soins ayant spécifiquement vocation à prendre en charge des personnes détenues malades ou blessés. Il s'agit de l'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) située au sein de la maison d'arrêt de Besançon.

Les personnes détenues sont hospitalisées en régime commun. Les mesures de surveillance et de garde incombent exclusivement aux personnels de police, de gendarmerie et de l'administration pénitentiaire. Elles s'exercent sous la responsabilité de l'autorité militaire ou de police ou de justice.

- Texte(s) de Référence :
- Article R. 1112-30 du Code de la Santé Publique

## **Article 24 – Les patients mineurs**

En dehors du cas d'urgence, l'admission ne peut être prononcée en principe sans l'autorisation des père et mère, du tuteur ou de l'autorité judiciaire exerçant le droit de garde et le dossier d'admission doit comporter l'indication précise de la personne investie de l'autorité parentale et exerçant ce droit. Ces règles ne s'appliquent toutefois pas dans deux hypothèses :

- lorsque, alors qu'un traitement ou une intervention s'impose pour sauvegarder sa santé, le mineur s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale pour conserver le secret sur son état de santé, confirme cette opposition et est accompagné d'une personne majeure de son choix,
- lorsqu'une mineure adopte la même démarche dans le cadre d'une demande d'IVG.

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

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

.....  
· Texte(s) de Référence :  
· Article R. 1112-34 du Code de la  
· Santé Publique  
· Article L. 1111-5 du Code de la  
· Santé Publique  
· Article L. 2212-4 du Code de la  
· Santé Publique  
.....

## **Article 25 – Les majeurs légalement protégés**

En principe, les dispositions générales et les dispositions spécifiques aux malades en fin de vie et aux mineurs, précédemment décrites, s'appliquent aux majeurs sous tutelle, le tuteur se substituant aux titulaires de l'autorité parentale. Les seules dispositions qui ne sont pas adaptées à la situation de ces patients concernent :

- Le droit d'opposition à l'information et à la consultation de la personne se substituant à la famille : le tuteur doit être toujours informé et consulté.
- Le caractère exclusif du droit d'accès direct au dossier médical concernant le majeur sous tutelle : le tuteur peut lui-même accéder aux informations médicales concernant le majeur sous tutelle.

- En principe, comme pour les mineurs et sauf désignation antérieure d'une « personne de confiance » confirmée par le juge des tutelles, le majeur sous tutelle ne peut substituer un tiers à son tuteur.

.....  
· Texte(s) de Référence :  
· Article L. 1111-2 et L. 1111-6 du  
· Code de la Santé Publique  
.....

### **Article 26 – Les patients toxicomanes**

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

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

.....  
· Texte(s) de Référence :  
· Article R. 1112-38 et 39 du Code  
· de la Santé Publique  
.....

### **Article 27 – Les patients étrangers**

Les étrangers sont admis dans l'Etablissement dans les mêmes conditions que les ressortissants français.

Néanmoins, le CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ peut demander une provision préalablement à l'admission d'un patient étranger non ressortissant de l'Union Européenne, en l'absence de prise en charge certaine de ses frais d'hospitalisation.

### **Article 28 – Les patients relevant du service de psychiatrie**

Les patients relevant d'une prise en charge psychiatrique sont accueillis aux Urgences psychiatriques du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ et orientés, en fonction de leur état de santé, vers le service d'hospitalisation libre du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ ou un Centre hospitalier spécialisé.

### **Article 29 – Les personnes démunies**

Le CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ a mis en place, dans le cadre du programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), une Permanence d'accès

aux soins de santé (PASS), qui comprend, entre autres, des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

.....  
: Texte(s) de Référence :  
: Article L. 6112-6 du Code de la  
: Santé Publique  
: .....

## **Section 2 – Le séjour**

### **Article 30 – Le dépôt et la restitution des valeurs**

Toute personne admise au CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ est invitée, lors de son entrée, à effectuer le dépôt des choses mobilières dont la nature justifie la détention durant son séjour dans l'établissement.

A cette occasion, une information écrite et orale est donnée à la personne admise, ou à son représentant légal. Cette information comprend l'exposé des règles relatives aux biens détenus par les personnes admises ou hébergées dans l'établissement :

- Le CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ n'est responsable que des valeurs et objets dont la garde lui est officiellement confiée par un dépôt au coffre de l'hôpital, sauf si une faute est établie à son encontre ou à l'encontre d'une personne dont il doit répondre.
- Les objets de valeurs non réclamés ou abandonnés sont déposés auprès du Trésorier spécial du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ lequel les restitue ensuite aux ayants droit.

La personne admise ou hébergée, ou son représentant légal, certifie avoir reçu cette information. Mention de cette déclaration est conservée par l'établissement.

.....  
: Texte(s) de Référence :  
: Article L. 1113-1 du Code de la  
: Santé Publique  
: .....

### **Article 31 – L'exercice du droit de visite**

Au CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ, les visites des parents et proches des patients sont autorisées aux horaires suivants :

- tous les jours de 13h à 19h,
- le samedi et le dimanche de 13h à 19h30.
- Dans le service de gynécologie obstétrique, les visites sont autorisées tous les jours de 13h à 19h, sauf pour la maternité où elles sont autorisées jusqu'à 20h.

- Il existe des exceptions dans certains services (soins intensifs, réanimations...) pour lesquels une organisation spécifique a été mise en place. Les visiteurs sont incités à se renseigner auprès de l'équipe soignante.

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

Les malades peuvent demander aux cadres de santé du service de ne pas autoriser les visites aux personnes qu'ils désignent.

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

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

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

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 interdites.

.....  
: Texte(s) de Référence :  
: Articles R. 1112-47 et 48 du Code  
: de la Santé Publique  
: .....  
.....

### **Article 32 – Le service des repas dans les services de soins**

Les repas sont servis à 7h, 12h et 18h30, individuellement, au lit du patient, en fonction des possibilités ou des pratiques internes au service.

Les repas sont confectionnés par le personnel de l'unité de production culinaire du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ. Pour chaque repas, il est proposé au patient un choix entre deux menus répondant au bon équilibre alimentaire. Le personnel du service et les diététiciennes veillent à ce que les menus soient adaptés à l'état de santé du patient.

### **Article 33 – Les moyens de communication – courrier, téléphones et mobiles**

Les vagemestres du CHU BESANCON FRANCHE-COMTE effectuent des opérations postales au profit des patients hospitalisés. La collecte et la distribution du courrier ordinaire sont organisées chaque jour au sein du service.

Les hospitalisés ont la possibilité d'utiliser les cabines téléphoniques installées dans le CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ, ou de souscrire un abonnement pour l'usage d'un appareil téléphonique dans leur chambre. Ils sont tenus d'acquitter les taxes correspondantes.

Si les hospitalisés ne disposent pas d'un appareil téléphonique dans leur chambre, ils peuvent recevoir des communications téléphoniques au sein du service, dans la mesure où celles-ci ne perturbent pas le fonctionnement du service.

L'usage du téléphone portable est autorisé pour les patients.

### **Article 34 – Les appareils de télévision, de radio et ordinateurs**

Les patients hospitalisés ont la possibilité d'accéder à la location d'un téléviseur. Les appareils de télévision personnels ne sont pas autorisés dans l'établissement.

En aucun cas, les récepteurs de télévision, de radio, ou tout autre appareil sonore, ne doivent gêner le repos des patients.

### **Article 35 – L'exercice du droit de culte**

Les hospitalisés ont la possibilité de participer à l'exercice de leur culte. Ils reçoivent, sur demande de leur part adressée au cadre de santé de l'unité dans laquelle ils séjournent, la visite du ministre du culte de leur choix.

Cependant, les convictions religieuses des patients ne doivent pas avoir pour effet de porter atteinte à la qualité des soins, aux règles d'hygiène de base, à la tranquillité des autres hospitalisés, ni au fonctionnement régulier du service. Le libre choix du patient vis-à-vis du praticien, ne peut avoir pour effet de contrarier le fonctionnement du tour de garde des médecins ou l'organisation des consultations.

### **Article 36 – Les droits civiques**

Les patients hospitalisés qui, en raison de leur état de santé, ne peuvent se déplacer le jour d'un scrutin, peuvent exercer leur droit de vote sur place, par procuration. Le Cadre de santé du service peut renseigner sur les formalités à accomplir.

Par ailleurs, un patient peut, en cas de mort imminente, demander que son mariage soit célébré dans l'enceinte hospitalière, en présence d'un officier de l'état civil désigné par le Procureur de la République.

.....  
· Texte(s) de Référence :  
· Article L. 71 du Code Electoral  
· Article 75 du Code Civil  
.....

### **Article 37 – Le service social**

Le service social du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ est composé de cadres socio-éducatifs, d'assistantes de service social et de secrétaires. Sa mission est de faciliter sous tous ses aspects la vie des patients à l'hôpital, de contribuer à leur accès aux soins ainsi qu'à leur réinsertion sociale, professionnelle ou scolaire.

Le service social est à la disposition des patients, de leur famille et de leurs proches à l'hôpital. Il participe à la prévention, au repérage et à la prise en charge des conséquences économiques, sociales et psychologiques de la maladie, du handicap ou de l'âge.

Les assistants de service social aident à l'accès aux droits sociaux et à la régularisation des difficultés administratives ou juridiques. Ils interviennent dans le cadre de la maltraitance (enfants et adultes). Ils accompagnent la mise en place de procédures de protection des personnes ou des biens lorsqu'elles s'avèrent nécessaires.

Ils participent à l'organisation du retour ou du maintien du patient à domicile ainsi que son admission éventuelle en secteur de soins de suite ou de soins de longue durée adaptée à sa situation personnelle, provisoire ou définitive. Ils travaillent en partenariat étroit avec les structures et les services concourant à l'action sociale.

· · · · ·  
· Texte(s) de Référence :  
· Loi n°98-657 du 29 juillet 1998  
· d'orientation relative à la lutte  
· contre les exclusions  
· · · · ·

### **Article 38 – Le suivi scolaire des enfants et adolescents hospitalisés**

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

### **Section 3 – Le paiement des frais de séjour**

#### **Article 39 – Les tarifs des prestations**

Les frais de séjour résultent de l'application de tarifs de prestations représentant le coût d'une journée d'hospitalisation dans une discipline médicale donnée. Il existe un tarif par discipline d'hospitalisation, fixé par l'Agence Régionale de Santé, facturable et facturé pour toute journée d'hospitalisation au patient ou à un tiers payeur.

· · · · ·  
· Texte(s) de Référence :  
· Article L. 174-3 du Code de la  
· Sécurité Sociale  
· · · · ·

## **Article 40 – Le forfait journalier**

Le forfait journalier est fixé chaque année par arrêté interministériel et représente une contribution forfaitaire du patient à ses frais de séjour. Le forfait journalier n'est pas compris dans les tarifs de prestations : il est toujours facturable en sus. Il obéit à des règles particulières de facturation, qui varient suivant les conditions de prise en charge du séjour.

Il doit être réglé au Bureau des Entrées le jour de la sortie (sauf prise en charge par un tiers payeur.

.....  
· Texte(s) de Référence :  
· Article L. 174-4 du Code de la  
· Sécurité Sociale  
.....

## **Article 41 – Le paiement des frais de séjour et les provisions**

Lors de l'admission, si les frais de séjour ne peuvent être pris en charge par un organisme tiers, un engagement de payer doit être souscrit, avec versement immédiat et renouvelable - sauf dans les cas d'urgence médicalement constatée - d'une provision calculée sur la base de la durée estimée du séjour. Toujours, sauf dans les mêmes cas d'urgence, les malades étrangers non-résidents sont tenus au dépôt préalable et intégral de cette provision à défaut d'un document attestant d'une prise en charge par leur pays d'origine qui soit accepté par le CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ. Le non-paiement des frais de séjour oblige la Trésorerie du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ à exercer des poursuites contre les patients, contre leurs débiteurs ou contre les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

## **Article 42 – Les prestations fournies aux accompagnants**

Les frais d'hébergement et de repas pour les personnes accompagnant les malades sont facturables sur la base de tarifs fixés annuellement par le Directeur général du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ.

La mise à disposition d'un lit d'accompagnant ne donne néanmoins pas lieu à facturation pour les personnes assistant un enfant ou bien un malade en fin de vie.

## **Section 4 – Les droits et les devoirs des patients hospitalisés**

### **Article 43 – L'information des patients**

Le patient est associé au choix thérapeutique le concernant. A cet effet, sauf urgence, impossibilité d'y procéder ou volonté expresse de la personne d'être tenue dans l'ignorance (sans risque pour des tiers), une information appropriée, accessible et loyale doit être fournie à tout patient sur tous les éléments concernant son état de santé, y compris les risques fréquents ou graves

normalement prévisibles que comportent les actes proposés en fonction de son état présent et de ses antécédents.

Le patient qui est victime ou s'estime victime d'un dommage imputable à l'activité soignante, ou son représentant légal, doit être informé sur les circonstances et les causes de ce dommage.

Par ailleurs toute personne dispose d'un droit d'accès aux informations formalisées la concernant qui sont détenues par l'hôpital à l'exclusion des informations concernant des tiers ou recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique. Ces informations figurent dans le dossier médical constitué pour le patient hospitalisé et conservé conformément à la réglementation applicable aux archives hospitalières. Dans tous les cas, l'hôpital est tenu d'assurer la garde et la confidentialité des informations et dossiers conservés conformément notamment aux dispositions sur les traitements informatiques et aux obligations de secret et de discrétion sur le plan professionnel.

En dehors des informations de nature médicale, les personnes hospitalisées (ou consultantes) doivent être informées par tous moyens adéquats du nom des médecins et autres professionnels appelés à leur donner des soins.

Toute personne a droit également à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion des activités de soins et sur les conditions de leur prise en charge. Pour l'activité de chirurgie esthétique, un devis détaillé doit lui être remis.

L'information sur l'état de santé du patient doit lui être délivrée au cours d'un entretien individuel par le médecin concerné dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.

- Texte(s) de Référence :
- Article L. 1110-4 du Code de la Santé Publique
- Articles L. 1111-2 à 4 et L. 1111-7 du Code de la Santé Publique
- Article L. 1142-4 du Code de la Santé Publique
- Article L. 6322-2 du Code de la Santé Publique

#### **Article 44 – L'information des proches**

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

délivrées que par les médecins, et ce, dans le respect du code de déontologie médicale.

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

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

### **Article 45 – Le droit à l'image des patients**

Aucune image permettant d'identifier les patients n'est autorisée au CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ. Pour autant, certaines situations peuvent déroger à ce principe général d'interdiction et être traités individuellement en concertation avec le secteur hospitalier concerné et la Direction Générale.

Dans ce cas, il est obligatoire de recueillir le consentement écrit de la personne concernée qu'il s'agisse d'un usager ou d'un professionnel du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ. Un formulaire est disponible à cet effet auprès de la Direction Générale.

### **Article 46 – Le consentement aux soins**

Toute personne prend, avec le professionnel de santé concerné et compte tenu des informations et des préconisations fournies, les décisions concernant sa santé.

#### **46.1 L'accord sur les soins**

Sauf disposition légale spécifique, aucun acte ou traitement médical ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du malade qui peut le retirer à tout moment. Il en va ainsi même pour le dépistage des maladies contagieuses). Les prélèvements d'éléments du corps humain doivent être effectués dans le respect des démarches prévues légalement.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut avoir lieu avant consultation de l'éventuelle « personne de confiance » ou de la famille, ou à défaut d'un autre proche. En cas d'urgence mettant en jeu la vie du malade et en cas d'impossibilité de recueillir son consentement éclairé ou de consulter l'un des proches précité, le médecin dispense les soins qu'il estime nécessaires dans le respect de la vie et de la personne humaine. Dès que possible, il en tient ensuite informé les accompagnants et l'un des proches du patient.

#### **46.2 Le refus de soins**

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix.

Lorsqu'un malade n'accepte pas les soins proposés, sa sortie, sauf urgence médicalement constatée, peut-être prononcée par le Directeur général. Une proposition alternative de soins est au préalable fait au malade si possible. La sortie est prononcée après signature par le malade d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés. Si le malade refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé. Il est contresigné par l'accompagnant ou, à défaut par des témoins (qui peuvent être des agents hospitaliers).

Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement (incluant l'alimentation artificielle) met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il informe s'il y a lieu la « personne de confiance » désignée, ou la famille ou un autre proche. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Le malade, conscient, doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable ; celle-ci est inscrite dans son dossier médical. En cas de refus persistant et en « situation extrême mettant en jeu le pronostic vital », le médecin prend en conscience les décisions qu'il estime nécessaires compte tenu de son devoir d'assistance à personne en danger. Il peut passer outre l'absence de consentement lorsqu'il accomplit un « acte indispensable à la survie du malade et proportionné à son état ».

Le refus d'hospitalisation correspond à un refus de soins, avec application de la même démarche.

S'agissant d'un malade inconscient, hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger peut être réalisé sous réserve d'avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et d'avoir consulté l'éventuelle personne de confiance ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

- Texte(s) de Référence :
- Charte de la personne hospitalisée
- Article L. 1111-4 du Code de la Santé Publique
- Article R. 1114-16 et R. 1114-43 du Code de la Santé Publique
- Article L. 6322-2 du Code de la Santé Publique

#### **Article 47 – Les dispositions spécifiques aux patients en fin de vie**

Les équipes doivent identifier précocement les situations médicales palliatives afin de construire un projet de soin adapté à la situation et au projet de vie qui sera défini avec le malade. La prise en charge du malade s'inscrit alors entre deux limites, l'obligation de non perte de chance et l'interdiction d'obstination déraisonnable. Cela implique la mise en œuvre d'une réflexion éthique, c'est-à-

dire une réflexion sur le sens de nos actions afin que le projet de soins réponde à l'objectif sus-cité.

Dans les situations où la question des limites des traitements se pose et où le malade ne peut pas donner de consentement éclairé, l'équipe médicale doit mettre en œuvre une procédure collégiale (décret 2006-120 du 6 février 2006) et consulter la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne.

Dans tous les cas, le médecin et les soignants ont le devoir d'informer, d'accompagner la personne malade et ses proches, de mettre en œuvre les traitements nécessaires pour soulager la douleur et la souffrance même s'ils risquent éventuellement d'abrèger la vie (art 2)

Lorsque le malade quitte l'hôpital pour un autre établissement ou pour le domicile, l'équipe s'assure que les conditions de la poursuite de la prise en charge sont réunies pour s'inscrire dans la continuité.

#### 47.1 Les directives anticipées

Pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté, toute personne majeure peut rédiger des « directives anticipées ». Ces directives anticipées informent sur les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment. Le médecin doit les prendre en compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement concernant la personne, sous réserve que ces directives aient été établies moins de trois ans avant son état d'inconscience.

#### 47.2 La personne de confiance

C'est la personne désignée par le patient pour le représenter, pour l'accompagner en consultation, pour exprimer ses volontés lorsqu'il n'est plus en mesure de le faire. La personne de confiance est recherchée et notée dans le dossier du malade lors de chaque séjour à l'hôpital.

#### 47.3 La procédure collégiale

Dans les cas prévus aux articles L. 1111-4 et L. 1111-13, lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut décider de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés sans avoir préalablement mis en œuvre une procédure collégiale dans les conditions suivantes :

« La décision est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins si elle existe et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile.

« La décision prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées, s'il en a rédigé, l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée ainsi que celui de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches.

« Lorsque la décision concerne un mineur ou un majeur protégé, le médecin recueille en outre, selon les cas, l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur, hormis les situations où l'urgence rend impossible cette consultation.

« La décision est motivée. Les avis recueillis, la nature et le sens des concertations qui ont eu lieu au sein de l'équipe de soins ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient. »

La procédure collégiale peut être déclenchée par le médecin, le malade au travers des directives anticipées, la personne de confiance ou à défaut les proches (décret 2010-107 du 29 janvier 2010)

.....  
: Texte(s) de Référence :  
: Loi n°2005-370 du 22 avril 2005  
: relative aux droits des malades et  
: à la fin de vie  
: Articles L. 1110-5 et L. 1111-11  
: du Code de la Santé Publique  
: Article 37 du Code de déontologie  
: médicale  
: .....

#### **Article 48 – L'accès au dossier médical**

Le CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ constitue, pour tout patient hospitalisé ou consultant qu'il prend en charge, un dossier, sous forme numérique ou papier, comprenant toutes les informations recueillies ou constituées à l'occasion des soins dispensés au sein de l'établissement.

Le CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ est responsable de la bonne conservation des dossiers constitués à l'occasion de toute prise en charge d'un patient dans ses services. Cette responsabilité est assurée conformément aux obligations réglementaires applicables en matière d'archives médicales à l'hôpital. Elle est également organisée de façon à garantir dans le temps le respect de la confidentialité applicable aux informations de santé à caractère personnel.

La conservation du dossier du patient est assurée par l'administration hospitalière pendant vingt ans minimum après la dernière activation du dossier, et dix ans après l'âge de la majorité des patients mineurs.

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

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

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par le CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ à la suite de consultations ou d'hospitalisations dans ses services. Le patient peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin.

La demande de communication du dossier doit être formulée par écrit, avec indication des dates de séjour et des services d'hospitalisation concernés. Cette demande doit être déposée auprès du Directeur général. La demande doit être accompagnée d'une carte d'identité. Il sera demandé une somme d'argent correspondant aux frais de reprographie et d'envoi des documents au demandeur.

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

L'ayant droit d'une personne décédée et qui souhaite accéder aux informations médicales concernant le (la) défunt(e) doit, lors de sa demande, préciser le motif pour lequel il a besoin d'avoir connaissance des informations qu'il sollicite. Le refus opposé à la demande de l'ayant droit doit être motivé. Ce refus ne fait pas obstacle à la délivrance éventuelle d'un certificat médical, dès lors que ce certificat ne comporte pas d'informations couvertes par le secret médical.

.....  
· Texte(s) de Référence :  
· Article L. 1111-7 du Code de la  
· Santé Publique  
.....

## **Article 49 – Les dons et les prélèvements d'éléments et produits du corps humain**

### **49.1 Le don du sang**

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

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

### **49.2 Les transfusions sanguines et la sécurité transfusionnelle**

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

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

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

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

#### 49.3 Les dons et prélèvements d'autres produits et éléments du corps humain

Le CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ est autorisé à pratiquer des prélèvements d'organes et de tissus en vue de transplantation ou de greffe. Ce prélèvement sur une personne décédée peut être réalisé dès lors qu'elle n'a pas fait connaître de son vivant son opposition au prélèvement.

### **Article 50 – Les dispositions relatives à la recherche**

Des prises de sang, parfois des biopsies seront réalisées pour établir le diagnostic et adapter le traitement. Une partie de ce prélèvement doit toujours être disponible pour le patient, pour reprendre certains aspects de son diagnostic ou de son traitement, en fonction des découvertes ultérieures.

Une partie pourra être utilisée immédiatement ou à terme, après conservation, à des fins de recherche. Le médecin devra en informer le patient par écrit et recueillir sa non-opposition à cette utilisation ultérieure. Si la recherche consiste à examiner les caractéristiques génétiques, soit l'ADN, le médecin devra recueillir le consentement du patient par écrit.

Les prélèvements sont anonymisés. Les données médicales associées aux prélèvements sont réunies dans un fichier informatique permettant leur traitement automatisé. Ce fichier a été autorisé par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Le patient peut à tout moment revenir sur sa décision.

### **Article 51 – Les réclamations, les voies de recours et d'indemnisation**

#### 51.1 L'analyse de la plainte ou de l'incident

Lorsque la Direction Générale du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ reçoit une lettre de réclamation d'un patient, de sa famille, ou qu'un incident est déclaré par une unité de soins, elle adresse un accusé de réception à ce patient ou à la famille, en indiquant qu'une enquête est diligentée auprès du service mis en cause.

Parallèlement, la direction en charge des relations avec les usagers saisit le(s) service(s) concerné(s) pour obtenir les éléments de réponse.

L'assureur du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ est saisi si la réclamation a pour objet une indemnisation ou si la responsabilité d'un médecin est mise en cause. Le médiateur, médical ou non médical selon les cas, est informé.

A réception du rapport établi par le(s) service(s) concerné(s), la direction en charge des relations avec les usagers, en lien avec le médiateur médical ou non médical le cas échéant, la responsabilité du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ tenant compte des éléments fournis.

Si aucune responsabilité apparente ne peut être retenue au vu des pièces fournies, une lettre est écrite au patient en ce sens. Une copie de ce courrier est adressée pour information aux médecins responsables des services concernés et à l'assurance, si celle-ci avait été informée de la réclamation.

En revanche, s'il existe un doute, ou si le dossier présente des difficultés techniques en matière médicale, le médiateur médical ou non médical saisi par la direction en charge des relations avec les usagers, peut proposer au requérant une rencontre afin de lui apporter les réponses qu'il attend.

Le plaignant est libre d'accepter ou non cette réunion.

Un fichier synthétique des réclamations et plaintes est constitué au niveau de la direction en charge des relations avec les usagers. Ce dossier est communiqué à la CRUQPC.

## 51.2 La réunion de conciliation

Le médecin médiateur et les praticiens des services concernés répondent aux questions médicales du patient. Celui-ci peut être accompagné d'un médecin de son choix. Les règles concernant le secret médical et la communication de ces informations doivent être respectées conformément aux dispositions de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Le patient, à l'issue de cette première démarche, a la possibilité soit d'arrêter sa plainte, soit de poursuivre son action en justice, soit de formuler une demande d'indemnités par voie amiable auprès de l'assureur du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ.

En cas de décision de poursuite (ou de demande d'indemnisation) du patient, la direction en charge des relations avec les usagers indique alors au plaignant les autres voies de conciliation et de recours. Les conseils juridiques peuvent se présenter à cet instant des discussions.

Le dispositif tel qu'ici décrit est mis en œuvre à titre général. Des aménagements peuvent cependant être apportés en accord avec le patient ou sa famille et selon les circonstances particulières à l'affaire en cause.

### 51.3 La réparation des dommages sanitaires par la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI)

Toute personne ou le cas échéant son représentant légal s'estimant victime d'un dommage résultant d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale, et le ou les ayants-droits de la victime décédée, peuvent saisir le Tribunal Administratif d'une demande d'indemnisation pour faute imputable à l'établissement de santé ou pour infection nosocomiale sans cause étrangère à l'établissement.

Cette démarche peut intervenir après rejet d'une demande d'indemnisation auprès de la Direction Général du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ ou échec d'une tentative de transaction à ce sujet.

Dans le même objectif et directement ou parallèlement et que le dommage résulte ou non de la faute d'un professionnel, les mêmes personnes peuvent saisir la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation, qui a été créée pour faciliter à titre principal le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales.

Elle doit être saisie directement avec, parmi les pièces à joindre à la demande établie sur un formulaire type, un certificat médical décrivant le dommage subi. Cette procédure peut, après expertise médicale et avis de la CRCI, conduire à une indemnisation accélérée par l'assureur ou à une indemnisation par l'Office National d'Indemnisation au titre de la solidarité nationale, sous réserve - dans le 2ème cas - que le dommage soit directement imputable à une activité soignante ayant eu des conséquences anormales et qu'il présente un degré minimum de gravité défini suivant les modalités réglementairement arrêtées.

L'objectif de cette procédure - gratuite et ne nécessitant pas l'intervention d'un avocat - est de permettre un versement accéléré des indemnités dues aux victimes. A défaut de transaction avec l'assureur, la saisine du Tribunal Administratif redevient la voie de recours en cas de difficultés dans le règlement amiable d'un dommage pour faute et en cas de dommage sans faute d'un degré de gravité inférieur au minimum requis réglementairement.

A noter qu'au titre de sa mission de conciliation, la CRCI est aussi chargée de faciliter le règlement amiable de tous autres litiges entre usagers et professionnels ou établissements de santé. Dans ce cadre elle peut être saisie par toute personne de contestations relatives au respect des droits des malades et des usagers du système de santé ; en accord avec l'intéressée, le Président de la CRCI peut se dessaisir de la demande et la transmettre à la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge ou une instance professionnelle (par exemple Conseil de l'Ordre des Médecins) si cela est de nature à favoriser la solution du litige.

- Texte(s) de Référence :
- Charte de la personne hospitalisée (Annexe 1)
- Articles L. 1112-3 du Code de la Santé Publique
- Article R. 1112-79 et suivants du Code de la Santé Publique
- Articles L. 1142-1 à 24 du Code de la Santé Publique
- Article L. 1114-4 du Code de la Santé Publique
- Articles L. 1142-4 et R. 1142-21 du Code de la Santé Publique

## **Article 52 – Le comportement des patients hospitalisés et consultants**

Durant la journée, les hospitalisés ne peuvent se déplacer hors du service sans avoir averti un membre du personnel soignant. Ils doivent en outre, lors de leurs déplacements, être revêtus d'une tenue décente. A partir du début du service de nuit, les hospitalisés doivent s'abstenir de tout déplacement en dehors du service.

Le comportement général des patients ou les propos tenus par eux, ne doivent pas constituer une gêne, ni vis-à-vis des autres malades, ni à l'égard des personnels, ni au niveau du fonctionnement du service. Ces comportements incluent en particulier ceux visant la dissimulation du visage dans l'espace public tel que défini par la loi n° 2010-1192 du 11 octobre 2010 et dont la circulaire du 2 mars 2011 relative à sa mise en œuvre invite à l'inscription dans le présent Règlement Intérieur.

Lorsqu'un malade, après en avoir été dûment averti, cause des désordres persistants dans le service ou à l'extérieur de celui-ci, le Directeur général du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ ou son représentant, prend, avec l'accord du médecin responsable, les mesures appropriées pour faire cesser le trouble. Ces mesures pouvant, le cas échéant, aller jusqu'à l'exclusion du patient.

Les personnes hospitalisées ainsi que leurs proches veillent à respecter le bon état des locaux, équipements et objets mis à leur disposition.

## **Section 5 – La sortie**

### **Sous-section 1 – Les principes généraux**

#### **Article 53 – La décision et l'organisation de la sortie**

Lorsque l'état du malade ne requiert plus son maintien à l'hôpital, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin chef de service avec mention dans le dossier administratif du patient.

La sortie d'un militaire est signalée à sa hiérarchie ou, à défaut, à la gendarmerie.

Le cas échéant, sur proposition médicale et en accord avec le malade et sa famille, les dispositions sont prises pour un transfert immédiat du malade dans un autre établissement adapté à son cas.

La sortie donne lieu à la remise au malade d'un bulletin de sortie indiquant les dates de son séjour ainsi qu'à la délivrance des certificats médicaux nécessaires à la justification de ses droits et des ordonnances indispensables à la continuation des soins. Le médecin traitant reçoit le plus tôt possible toutes informations propres à lui permettre de poursuivre la surveillance du malade s'il y a lieu.

Texte(s) de Référence :  
Articles R. 1112-58 à 61 du Code  
de la Santé Publique

### **Article 54 – Le transport des patients**

En cas de nécessité médicale, une prescription de transport par ambulance ou autre véhicule sanitaire est établie par un médecin hospitalier. Le malade dispose du libre choix de l'entreprise. La liste complète des entreprises de transport sanitaire agréées du département est tenue à la disposition des malades.

Texte(s) de Référence :  
Article R. 1112-66 du Code de la  
Santé Publique

### **Article 55 – Le questionnaire de sortie**

Un formulaire annexé au livret d'accueil et destiné à recueillir les appréciations et observations du patient peut être déposé dans les urnes prévues à cet effet. Ces formulaires sont analysés par la Direction en charge de la qualité. Les résultats sont communiqués aux services.

Texte(s) de Référence :  
Articles R. 1112-67 du Code de la  
Santé Publique

## **Sous-section 2 – Les cas particuliers**

### **Article 56 – La sortie des mineurs et des nouveau-nés**

Les personnes exerçant l'autorité parentale sont informées de la sortie prochaine du mineur. Elle doit informer la Direction si le mineur devra être confié à une tierce personne expressément autorisée de sa part. Dans ce cas, des pièces justificatives sont exigées à la sortie. Les mêmes règles s'appliquent lors des permissions de

sortie en cours d'hospitalisation ainsi que lorsque l'état d'un mineur examiné au niveau d'un service d'accueil des urgences ne justifie pas son hospitalisation. Toutefois ces règles ne s'appliquent pas lorsque le mineur s'est opposé à l'information des personnes titulaires de l'autorité parentale et est accompagné lors de sa sortie par une personne majeure de son choix.

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

.....  
· Texte(s) de Référence :  
· Article L. 1111-5 du Code de la  
· Santé Publique  
· Articles R. 1112-64 et 64 du Code  
· de la Santé Publique  
.....

### **Article 57 – La sortie contre avis médical**

A l'exception des mineurs et des personnes placées sous un régime d'hospitalisation sans consentement, les malades peuvent sur leur demande quitter à tout moment le CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ.

Si le médecin chef de service estime que la sortie du malade est prématurée compte tenu de son état de santé, et présente un danger pour lui, ce dernier n'est autorisé à quitter le CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ qu'après avoir rempli et signé une attestation établissant qu'il a eu connaissance des dangers que la sortie présentait. La sortie est alors prononcée par le Directeur général ou son représentant.

Lorsque le malade refuse de remplir et de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé par deux agents hospitaliers.

### **Article 58 – La sortie après refus de soins**

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

## **Article 59 – La sortie à l’insu du service**

### **59.1 Le patient majeur**

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

### **59.2 Le patient mineur**

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

## **Article 60 – La sortie disciplinaire**

Sauf situation médicale particulière justifiant impérativement de la poursuite de l'hospitalisation, et lorsque le transfert dans un autre service n'est pas possible ou suffisant, la sortie d'un patient hospitalisé peut être prononcée par le Directeur général du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ, après avis médical, par mesure disciplinaire fondée sur le constat d'un manquement grave aux prescriptions du présent règlement intérieur.

## **Article 61 – Le transfert de patients**

Lorsqu'un médecin ou un interne du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ constate que l'état d'un malade ou blessé requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée dans l'établissement ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas ou encore lorsque son admission présente, du fait du manque de places, un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier, le directeur général prend toutes les mesures nécessaires pour que ce malade ou ce blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis, après avoir éventuellement reçu les traitements d'urgence que son état de santé justifie.

L'admission dans ce dernier établissement est décidée, sauf cas d'urgence, après entente entre le médecin du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ ayant en charge le patient concerné et le médecin de cet établissement. Elle est effectuée sur la base d'un certificat médical attestant de la nécessité du transfert du dit patient dans cet établissement.

Sauf cas d'urgence, le malade, ou son représentant, est préalablement informé de la décision de transfert dans un autre établissement de santé et son consentement est recueilli. La personne à prévenir qu'il aura désignée est alors informée du transfert.

## Section 6 – La naissance et les décès

### **Article 62 – Les dispositions relatives aux naissances**

#### 62.1 La déclaration de naissance

La déclaration de la naissance d'enfants au sein de l'hôpital est effectuée auprès du Service de l'Etat civil dans les trois jours suivant l'accouchement. Le père est invité à effectuer cette déclaration en s'engageant par écrit à accomplir cette formalité dans le délai légal.

En l'absence d'engagement du père, un document déclaratif est établi à cet effet sous la responsabilité de l'Administration, suivant les indications données par la mère de l'enfant nouveau-né. Un exemplaire de ce document est porté par un membre du personnel hospitalier à la Mairie de Besançon. Un double de la déclaration de naissance est archivé dans le dossier médical de la patiente et un troisième exemplaire est conservé au BDE. Une inscription sur le registre des naissances est réalisée.

#### 62.2 La déclaration spécifique aux enfants décédés dans la période périnatale

Lorsqu'un enfant est né vivant et viable mais qu'il est décédé avant sa déclaration de naissance à l'Etat Civil, le médecin responsable établit un certificat médical attestant ces faits, en précisant les dates et heures de la naissance et du décès. L'officier d'état civil établit, au vu de ce certificat, un acte de naissance et un acte de décès. Une inscription sur le registre des naissances et sur le registre des décès du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ est réalisée. Cette procédure concerne tout enfant né vivant et viable, même s'il n'a vécu que quelques instants.

Lorsque que le décès survient au-delà de 22 semaines d'aménorrhée ou lorsque l'enfant pèse plus de 500g, la déclaration d'enfant né sans vie revêt un caractère obligatoire. Un certificat d'accouchement est remis aux parents. Un acte correspondant est dressé par l'officier d'état civil et une inscription est réalisée sur le registre des décès du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ.

Lorsque que le décès survient avant 22 semaines d'aménorrhée, un certificat d'accouchement est systématiquement établi quel que soit l'âge gestationnel. Il peut être remis aux parents s'ils le souhaitent, en vue de faire établir un acte d'enfant sans vie par l'officier d'état civil. Cette démarche ne revêt aucun caractère obligatoire et est laissée à l'entière appréciation des parents. Aucune inscription sur le registre des décès du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ n'est réalisée.

.....  
· Texte(s) de Référence :  
· Articles 55, 56 et 79-1 du Code  
· Civil  
· Article R. 1112-72 du Code de la  
· Santé Publique  
.....

## **Article 63 – Les dispositions relatives aux décès**

### **63.1 Le constat**

Le décès est constaté par un docteur en médecine exclusivement. Le médecin établit un certificat de décès, lequel est transmis au bureau des entrées du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ.

### **63.2 La notification du décès**

La famille ou les proches du malade sont prévenus du décès, médicalement constaté, dès que possible et par tous moyens, cette information est communiquée à la famille ou aux proches du malade ou à la « personne à prévenir » désignée par ce dernier lors de son admission (cette personne ne correspond pas nécessairement à la « personne de confiance »).

La notification du décès est faite aux autres personnes ou autorités ayant en charge le patient se trouvant dans une situation spécifique en droit ou de fait et, pour les personnes non identifiées, aux services de police.

### **63.3 Les indices de mort violente ou suspecte**

Dans les cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'une personne hospitalisée, le Directeur général du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ ou son représentant, prévenu par le médecin chef de service, avise l'autorité judiciaire conformément à l'article 81 du Code Civil.

### **63.4 La toilette mortuaire et l'inventaire des biens du défunt**

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

Les effets personnels sont rassemblés et remis à la famille par le cadre de santé ou l'infirmière.

Les objets de valeurs (somme d'argent, bijoux, chéquier, titres...) sont déposés auprès du Trésorier spécial du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ lequel les restitue ensuite aux ayants droit.

### **63.5 Les mesures de police sanitaire**

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

### 63.6 Le transport du corps

Il revient à la famille au défunt de désigner l'entreprise de transport agréée qui l'assistera pour effectuer toutes les démarches. La liste des opérateurs funéraires est disponible dans les services de soins.

L'autorisation de sortie de corps est délivrée à l'opérateur funéraire sur présentation du certificat de décès.

Lorsque le transport a lieu hors de la commune de Besançon, l'opérateur funéraire transmet une demande de transport de corps à la Mairie de Besançon.

### 63.7 Le prélèvement d'organe(s)

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

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

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

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

Lorsqu'un prélèvement d'organe(s) est pratiqué au CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ dans un but thérapeutique, tout ou partie des frais de transport du corps du défunt, ainsi que les frais d'obsèques du patient décédé, sur lequel le prélèvement a été effectué, peuvent être imputés à l'établissement greffeur.

### 63.8 L'autopsie

Une autopsie pourra être pratiquée dans un but scientifique, préalablement à l'inhumation, et après autorisation du Directeur général du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ ou son représentant, sauf si la famille du défunt s'y oppose expressément et que le patient, de son vivant, avait fait connaître expressément

son opposition. Aux fins de vérification, il est procédé à la consultation du registre national des refus.

Une autopsie pourra également être pratiquée à des fins médico-légales, sur réquisition de l'autorité judiciaire.

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

### 63.9 L'inhumation

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

S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation est effectuée en accord avec l'autorité militaire compétente.

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

### 63.10 Le don de corps

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

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

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

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

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

- Texte(s) de Référence :
- Articles 78 à 81 du Code Civil Général
- des Collectivités territoriales
- Articles R. 1112-69, R. 1112-71 et R. 1112-73 du Code de la Santé Publique

## **Chapitre 3 – Les dispositions relatives au personnel**

### **Section 1 – Le statut des personnels et l'organisation des obligations de service**

#### **Article 64 – Le statut des personnels**

Les statuts des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques, ainsi que des personnels non médicaux du CHU BESANCON FRANCHE-COMTE sont régis par les dispositions légales et réglementaires en vigueur.

#### **Article 65 – L'organisation des obligations de service des praticiens hospitaliers**

Conformément aux dispositions de l'article R.6152-26 du code de la santé publique, les praticiens hospitaliers temps plein, en position d'activité, consacrent la totalité de leur activité professionnelle au CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ, sous réserve des dispositions relatives à l'activité libérale des praticiens hospitaliers et aux activités d'intérêt général.

Leurs obligations de service hebdomadaires sont celles définies à l'article R.6152-27 du code de la santé publique.

L'organisation générale de la permanence des soins est établie selon les dispositions prévues à l'article R.6152-26 du code de la santé publique et conformément aux dispositions de l'arrêté du 30 avril 2003. Elle est mise en œuvre sur la base des tableaux de service nominatifs prévus à l'article R.6152-26 du code de la santé publique.

Texte(s) de Référence :  
Articles R. 6152-26 et 27 du Code  
de la Santé Publique

## **Article 66 – Le remplacement des praticiens hospitaliers**

Conformément aux dispositions de l'article R.6152-31 du code de la santé publique, le remplacement des praticiens hospitaliers est assuré, durant leurs congés ou absences occasionnelles, par un praticien de même discipline, et organisé au sein de la structure interne de pôle dont relève le praticien.

Texte(s) de Référence :  
Article R. 6152-31 du Code de la  
Santé Publique

## **Section 2 – Les devoirs des personnels**

### **Sous-section 1 – Les principes généraux**

#### **Article 67 – L'assiduité et la ponctualité horaires et obligations de service**

Les personnels du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ répondent aux exigences d'assiduité et de ponctualité indispensables au bon fonctionnement des services dans lesquels ils exercent leur activité professionnelle.

Les horaires de présence et de continuité de service de ces personnels sont fixés par des tableaux de service, sur la base de plannings prévisionnels de travail.

#### **Article 68 – L'interdiction d'exercer une activité privée**

Sauf cas particulier de l'activité libérale des praticiens hospitaliers, il est interdit à tout personnel du CHU BESANCON FRANCHE-COMTE, quel que soit son statut, d'exercer à titre professionnel une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit.

Certaines activités peuvent être librement autorisées, notamment celles relatives à la création des œuvres de l'esprit.

En application de la réglementation relative aux cumuls d'activités, il existe trois sortes de dérogation au principe de l'interdiction :

- les activités accessoires telles que l'enseignement et l'expertise : l'agent doit en informer la DRH qui donnera ou non l'autorisation selon l'activité envisagée
- la création, la reprise ou la poursuite d'une activité au sein d'une entreprise : l'agent doit en informer la DRH qui soumettra le dossier pour avis à la commission de déontologie

- les agents à temps non complet peuvent exercer, outre les activités accessoires, une ou plusieurs activités lucratives

### **Article 69 – Les principes de neutralité et de laïcité à l’hôpital**

Les principes de laïcité et de neutralité des services publics font obstacle à ce que les professionnels hospitaliers disposent, dans l'exercice de leur fonction, du droit de porter des signes ou tenues par lesquels ils manifestent ostensiblement une appartenance religieuse.

### **Article 70 – La tenue vestimentaire de travail**

Toutes les personnes appelées à travailler dans les services du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ, au contact du public, doivent adopter les tenues vestimentaires de travail usuelles dans l'établissement. Cette tenue vestimentaire doit être portée pendant toute la durée du service.

Par ailleurs, pour des raisons d'hygiène :

- le port de bijoux et autres accessoires est interdit dans les secteurs de soins et médico-techniques pour les professionnels en contact direct avec les patients,
- le port des tenues professionnelles est interdit aux restaurants du personnel.

Afin de ne pas perturber le fonctionnement du service, l'utilisation des téléphones portables est autorisée à titre exceptionnel.

Une identification du personnel du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ est instituée par le moyen de tenues de travail distinctes selon les professions et les fonctions au sein de l'hôpital. Cette identification comprend les mentions relatives à l'identité, le grade et le service d'affectation des agents.

Les cadres d'unité sont chargés d'assurer le respect de ces dispositions.

### **Article 71 – Le principe de non gratification des agents**

Le personnel ne doit accepter ni rémunération, ni pourboire de la part des patients hospitalisés, de leur famille ou des visiteurs.

## **Sous-section 2 – Les principes fondamentaux liés au respect du patient**

### **Article 72 – Le secret professionnel**

Conformément aux dispositions de l'article L.1110-4 du code de la santé publique, ainsi que les dispositions du code pénal et des différents codes de déontologie, le personnel du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ est tenu au secret professionnel. Seules les dérogations ou exceptions expressément prévues par la loi ou le règlement peuvent délier ces professionnels du respect impératif de cette obligation.

### **Article 73 – L’obligation de discrétion professionnelle**

Indépendamment des règles opposables en matière de secret professionnel, les personnels du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle pour tout ce qui concerne les faits dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

Ainsi, toute communication à des personnes étrangères au CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ, et notamment à des journalistes, à des agents d'assurance, à des démarcheurs ou sur des réseaux sociaux est rigoureusement interdite.

En outre, les demandes de renseignements émanant des services de police ou de gendarmerie doivent être transmises au Directeur général du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ ou à son représentant.

### **Article 74 – La connaissance et l’application de la charte de la personne hospitalisée**

La Charte de la personne hospitalisée est mise à disposition des professionnels du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ. L’ensemble des personnels doit en appliquer les préceptes et en suivre les recommandations, en fonction du service dans lequel ils exercent.

.....  
· Texte(s) de Référence :  
· La Charte de la personne  
· hospitalisée  
.....

### **Section 3 – Les droits des personnels**

Les agents bénéficient, pour l’essentiel, des mêmes libertés publiques que les autres citoyens. Le comportement et les propos de chacun au sein de l’établissement doivent être adaptés aux principes élémentaires de civilité qui régissent les relations sociales.

### **Article 75 – La liberté d’opinion et d’expression**

La liberté d'opinion est garantie aux fonctionnaires.

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les fonctionnaires en raison de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, de leur origine, de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur apparence physique, de leur handicap ou de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie ou une race.

Toutefois des distinctions peuvent être faites afin de tenir compte d'éventuelles inaptitudes physiques à exercer certaines fonctions.

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les fonctionnaires en raison de leur sexe.

La liberté d'expression est garantie au fonctionnaire, dans le respect d'une part de l'obligation de stricte neutralité, d'autre part du devoir de réserve.

- Texte(s) de Référence :
- Loi n°83-634 du 13 juillet 1983
- Ordonnance n°2005-901 du 2 août 2005
- Loi n°2007-224 du 21 février 2007

### **Article 76 – La liberté syndical et le droit de grève**

La liberté syndicale et le droit de grève s'exercent conformément au Protocole d'exercice du Droit syndical du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ (Annexe 4).

### **Article 77 – La protection de l'agent dans l'exercice de ses fonctions**

Les fonctionnaires bénéficient, à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection organisée par l'établissement dont ils dépendent, conformément aux règles fixées par le code pénal et les lois spéciales.

Lorsqu'un fonctionnaire a été poursuivi par un tiers pour faute de service et que le conflit d'attribution n'a pas été élevé, l'établissement doit, dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'est pas imputable à ce fonctionnaire, le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui.

L'établissement est tenu de protéger les fonctionnaires contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions, et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté.

En ce qui concerne les risques professionnels, un document unique est élaboré. Il comporte une cartographie des risques et un plan d'actions.

### **Article 78 – La protection contre le harcèlement**

La carrière du fonctionnaire ne pourra en aucune manière être affectée en raison de la circonstance qu'il aura subi ou refusé de subir des agissements de toute personne qui, abusant de son autorité, aura tenté d'obtenir des faveurs de quelque nature que ce soit. Les fonctionnaires qui auront relatés ou témoigné sont également protégés.

Aucun fonctionnaire ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail

susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel.

Tout agent ayant participé à des agissements de ce type est passible d'une sanction disciplinaire.

- Texte(s) de Référence :
- Loi n°83-634 du 13 juillet 1983
- Loi n°2005-843 du 26 juillet 2005

### **Article 79 – Le droit d'accès d'un agent à son dossier administratif**

Tout fonctionnaire a accès à son dossier individuel dans les conditions définies par la loi. Les demandes doivent être adressées à la Direction des Ressources Humaines.

Cette demande n'a pas à être justifiée et la consultation aura lieu sur place à moins qu'une photocopie ne soit demandée aux frais de l'intéressé.

### **Article 80 – Le droit à la formation professionnelle tout au long de sa vie**

En application de la réglementation, la gestion de la formation des personnels non médicaux repose sur 2 niveaux de dispositifs de formation conjuguant 8 types de formation :

#### **80.1 Les 8 types d'actions de formation**

|   |
|---|
| <b>Plan de formation du CHU BESANÇON<br/>FRANCHE-COMTÉ → Acteur pilote : DRH</b>  |
| 1 – Formation professionnelle initiale  |
| 2 – Développement des connaissances et compétences<br>2 a / Adaptation immédiate au poste de travail<br>2 b / Adaptation à l'évolution prévisible des métiers<br>2 c / Développement des qualifications / compétences ou acquisitions de nouvelles qualifications |
| 3 – Préparation aux concours et examens   |
| 4 – Etudes promotionnelles  |
| 5 – Actions de conversion   |
| 8 – Validation des acquis de l'expérience (VAE)   |
| <b>Dispositifs individuels → Acteur pilote : ANFH</b>   |
| 6 – Bilan de compétences  |
| 7 – Congé de formation professionnelle (CFP)  |
| 8 – Validation des acquis de l'expérience (VAE)   |

## 80.2 Le plan de formation du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ

Il regroupe les actions de formation retenues par l'établissement, en fonction notamment de ses priorités stratégiques et des besoins en compétences individuelles et collectives : actions de type 1, 2, 3, 4, 5 et 8. Il prend en compte les données du document pluriannuel d'orientation de la formation. Il est élaboré chaque année selon une démarche participative dans les pôles pour les formations de type 2.

Ces formations sont :

- institutionnelles : formations, plutôt collectives et transversales, répondant à un enjeu fort pour le CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ et prioritaire pour l'année considérée. Celles-ci englobent les formations correspondant aux dispositifs de projets professionnels individuels, prioritaires en regard de la gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences (GPPEC) du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ
- spécifiques : formations collectives et individuelles répondant aux besoins des pôles d'activité et des agents.

Chaque agent peut formuler son intention de bénéficier du droit individuel à la formation (DIF) lors de l'entretien annuel.

## 80.3 Les dispositifs gérés par l'ANFH (le CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ adhère à cet OPCA : organisme paritaire collecteur agréé)

Avec les crédits mutualisés, l'ANFH finance, après décision de ses instances :

- des dispositifs individuels, c'est-à-dire à l'initiative personnelle des agents : congés de formation professionnelle (CFP), pour des formations d'une durée minimale de 30 jours, et bilans de compétences (BC)
- des dispositifs mis en œuvre à l'initiative des établissements adhérents : études promotionnelles (EP), formations régionales ou nationales.

La DRH met en œuvre des dispositifs favorisant l'émergence de projets professionnels pour les métiers considérés comme prioritaires. Ils s'appuient sur des appels à candidature (transparence), des présélections (détection de potentiels), des moyens d'accompagnement (préparations concours, VAE, tutorat, ...) en amont notamment de la promotion professionnelle. Elle met également en œuvre des périodes de professionnalisation et des actions de conversion lorsque c'est nécessaire.

## **Article 81 – Les dispositions relatives à l'organisation du temps de travail**

Au sein du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ, les diverses dispositions prises relativement au temps de travail et aux droits afférents sont disponibles, sur le site Intranet de l'établissement, dans un règlement intérieur propre à la GTT (Gestion du Temps de Travail), arrêté par le Directeur général du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ.

## **Article 82 – L'hygiène, la sécurité et les conditions de travail**

Des conditions d'hygiène et de sécurité de nature à préserver leur santé et leur intégrité physique sont assurées aux agents du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ durant leur travail.

Une crèche de 80 places est à disposition des personnels médicaux et non médicaux afin de faciliter l'articulation des agents entre leur vie personnelle et professionnelle. Le règlement interne de cette structure d'accueil est consultable sur l'Intranet ou auprès de la Direction des Ressources Humaines.

## **Chapitre 4 – Les règles de sécurité applicables au CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ**

### **Article 83 – La circulation et le stationnement automobile**

Les voies de circulation des sites hospitaliers appartiennent au domaine public du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ. Elles sont des voies "manifestement ouvertes à la circulation du public" et sont, à ce titre, accessibles à tout usager admis à pénétrer dans l'enceinte de l'établissement.

Le code de la route est applicable sur tous les sites hospitaliers du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ. La signalisation est adaptée et conforme aux dispositions de ce code, en particulier celles concernant l'interdiction de s'arrêter, l'interdiction de stationner, l'information d'enlèvement de véhicule en cas d'infraction.

La police nationale et la police municipale peuvent être sollicitées pour faire respecter le code de la route au CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ, notamment en matière d'accès des véhicules d'incendie et de secours.

Le respect du code de la route sur les voies classées par les commissions de sécurité incendie comme "voies utilisables par les engins de secours" ainsi que les voies classées par arrêté préfectoral comme devant être dégagées au titre de "la nécessité absolue de dégagement de voies de secours" est particulièrement surveillé.

Le CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ se réserve le droit d'interdire temporairement ou définitivement l'accès à ses sites aux personnes qui ne respecteraient pas les dispositions prévues aux alinéas précédents, entraveraient gravement la circulation, mettraient en péril la sécurité des personnes et des biens, ou d'une manière générale, compromettraient le bon fonctionnement du service public hospitalier.

Par ailleurs, le CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ se réserve le droit de demander, aux frais du propriétaire, l'enlèvement de tout véhicule dont le stationnement, même régulier, serait sans lien avec le service. L'établissement en avisera le propriétaire autant que possible par tout moyen approprié.

L'accessibilité de tout usager aux sites hospitaliers du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ, dans le respect des dispositions des alinéas précédents, n'ouvre en aucune manière droit à stationnement. En outre, cette accessibilité n'engage en rien la responsabilité du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ en matière d'accident de la circulation, de vol ou de dégradation de véhicules.

Le Directeur général définit les zones de stationnement réservées à certaines catégories de personnels du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ. Il prévoit également les places réservées aux véhicules de secours et aux personnes handicapées.

#### **Article 84 – L'interdiction de fumer**

Il est interdit de fumer dans l'ensemble des locaux du site y compris les chambres d'hospitalisation. Une signalisation apparente rappelle cette interdiction.

.....  
: Texte(s) de Référence :  
: Articles L. 3511-7 et 5. 3511-1 et  
: suivants du Code de la Santé  
: Publique  
: .....

#### **Article 85 – La sécurité incendie**

Le Centre Hospitalier Universitaire de Besançon est assujéti aux règles de sécurité contre les risques d'incendie et de panique applicables à tous les établissements recevant du public.

Tout le personnel est tenu de suivre périodiquement les séances de formation interne relative à la sécurité contre l'incendie. Cette formation doit être renouvelée tous les ans.

Tout aménagement intérieur (modification de local, portes, revêtements, décoration et gros mobilier, etc) doit faire l'objet d'une demande préalable auprès de la Direction des Infrastructures, de la Sécurité et de la Maintenance.

Tout stationnement est interdit sur les voies destinées aux véhicules des sapeurs-pompier (bandes jaunes peintes au sol), au droit des poteaux d'incendie et des sorties de secours.

Les consignes de protection contre l'incendie doivent être respectées scrupuleusement, à savoir :

- la conduite à tenir en cas d'incendie ;
- les modalités de mise en sécurité des patients notamment dans les locaux d'hospitalisation ;
- les conditions de stockage et de manipulation des produits dangereux et liquides inflammables ;
- les conditions de stockage des archives et autres matériaux inflammables ;
- la vacuité permanente des itinéraires d'évacuation ;

- l'accessibilité aux moyens de secours et d'extinction ;
- l'accessibilité aux dispositifs de commande des installations techniques ;
- la non obstruction des appareils de lutte contre l'incendie (volet de désenfumage, porte coupe-feu, etc)
- l'usage d'appareils de cuisson ou de réchauffage est prohibé dans les locaux non appropriés.

Compte tenu du risque incendie, la recharge des batteries en lithium des trottinettes et vélo électrique sur le réseau du CHU est interdit.

Texte(s) de Référence :  
 Arrête du 10 décembre 2004  
 portant approbation de  
 dispositions complétant et  
 modifiant le règlement de sécurité  
 contre les risques d'incendie et de  
 panique dans les établissements  
 recevant du public

## **Article 86 – Les règles applicables au traitement informatisé d'informations nominatives**

### **86.1 Le droit d'accès aux traitements automatisés d'informations nominatives**

Le CHU BESANCON FRANCHE-COMTE recourt aux traitements automatisés d'informations nominatives pour organiser son fonctionnement. Ce recours est conforme aux dispositions légales et réglementaires applicables en matière d'informatique et de libertés. Ainsi, le droit d'accès des personnes concernées à ces traitements s'exerce dans les conditions définies par les dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Par ailleurs, toute personne recourant aux services du SAMU-Centre 15 est informée de l'enregistrement de son appel.

### **86.2 L'utilisation des données médicales informatisées**

Les patients sont informés, notamment par le moyen du livret d'accueil et d'affiches dans les services, de l'existence d'un recueil informatisé de données médicales les concernant et des objectifs de ce recueil ainsi que de leur droit d'accès, de rectification et d'opposition au recueil de ces informations en application des dispositions légales et réglementaires applicables en matière d'informatique et de libertés.

Lorsque la loi ou le règlement le prévoit, l'information et le consentement préalable du patient à la saisie informatique des données qui lui sont personnelles sont assurés.

### 86.3 Délégué à la protection des données

Un délégué à la protection des données est nommé. Il s'assure de la conformité de tous les traitements des données à la réglementation en vigueur et peut être saisi par tout professionnel ou usager.

### 86.4 La charte d'utilisation du système d'information au CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ

Les règles d'utilisation des ressources informatiques mises à disposition des agents et collaborateurs du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ sont régies par la Charte d'utilisation du système d'information, validée par les instances de l'établissement (le texte intégral de la charte et son annexe sont disponibles sur le site intranet de l'établissement).

La charte d'utilisation des ressources informatiques a pour but d'exposer les principales règles que tout utilisateur doit respecter et les précautions qu'il doit prendre pour un usage approprié des ressources informatiques tout en respectant non seulement la politique sécurité des systèmes d'information, la confidentialité des données médicales.

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

Le non-respect de la charte engage la responsabilité de l'utilisateur dès lors qu'il est démontré que les faits répréhensibles lui sont personnellement imputables. La charte s'applique à l'ensemble des utilisateurs du système d'information du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ : est considéré comme utilisateur, toute personne physique quel que soit son statut (salarié, personnel intérimaire, stagiaire, consultant, partenaire, etc.) qui est amenée à faire usage des ressources informatiques.

### **Article 87 – Les relations avec les journalistes de presse écrite, radio, télé et photographes**

Les relations avec la presse sont organisées au CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ selon les principes suivants :

- Une demande presse est adressée à la direction générale du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ : en concertation avec le directeur général et/ou le directeur général adjoint, un interlocuteur au sein de l'établissement est désigné, en fonction de la nature du sujet traité. Il peut s'agir d'un médecin sur une thématique médicale, du directeur général ou son représentant sur une thématique autre, ou encore d'interlocuteurs complémentaires si le sujet le nécessite. La cellule communication assure ensuite la diffusion de l'information concernant le reportage auprès de toutes les personnes et services concernés.

- Si la demande presse est directement adressée aux secteurs d'activité du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ : le responsable du secteur concerné doit systématiquement transmettre la demande à la direction chargée de la communication afin que la décision de réponse soit prise en conformité avec le schéma évoqué ci-dessus. Un formulaire d'autorisation est alors adressé à l'encadrement du secteur concerné ainsi qu'à la direction générale.
- Le respect du droit à l'image est décrit à l'article 46 du présent règlement intérieur.

## **Chapitre 5 – Les dispositions relatives au présent règlement intérieur**

### **Article 88 – L'entrée en vigueur du règlement intérieur**

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

### **Article 89 – La mise à disposition du règlement intérieur**

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

En outre, le présent règlement intérieur est consultable « en ligne » sur le site Internet du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ, et tenu à la disposition des personnels sur l'Intranet du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ.

### **Article 90– Les autres règlements intérieurs**

Certaines entités (écoles) de qui dépendent du CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ ainsi que certaines structures internes dotées d'instances pour leur gouvernance disposent chacune de son propre règlement intérieur. Ces règlements intérieurs spécifiques sont régulièrement, mis à jour puis validés par les instances et ensuite consultables selon des modalités qui leur sont propres.

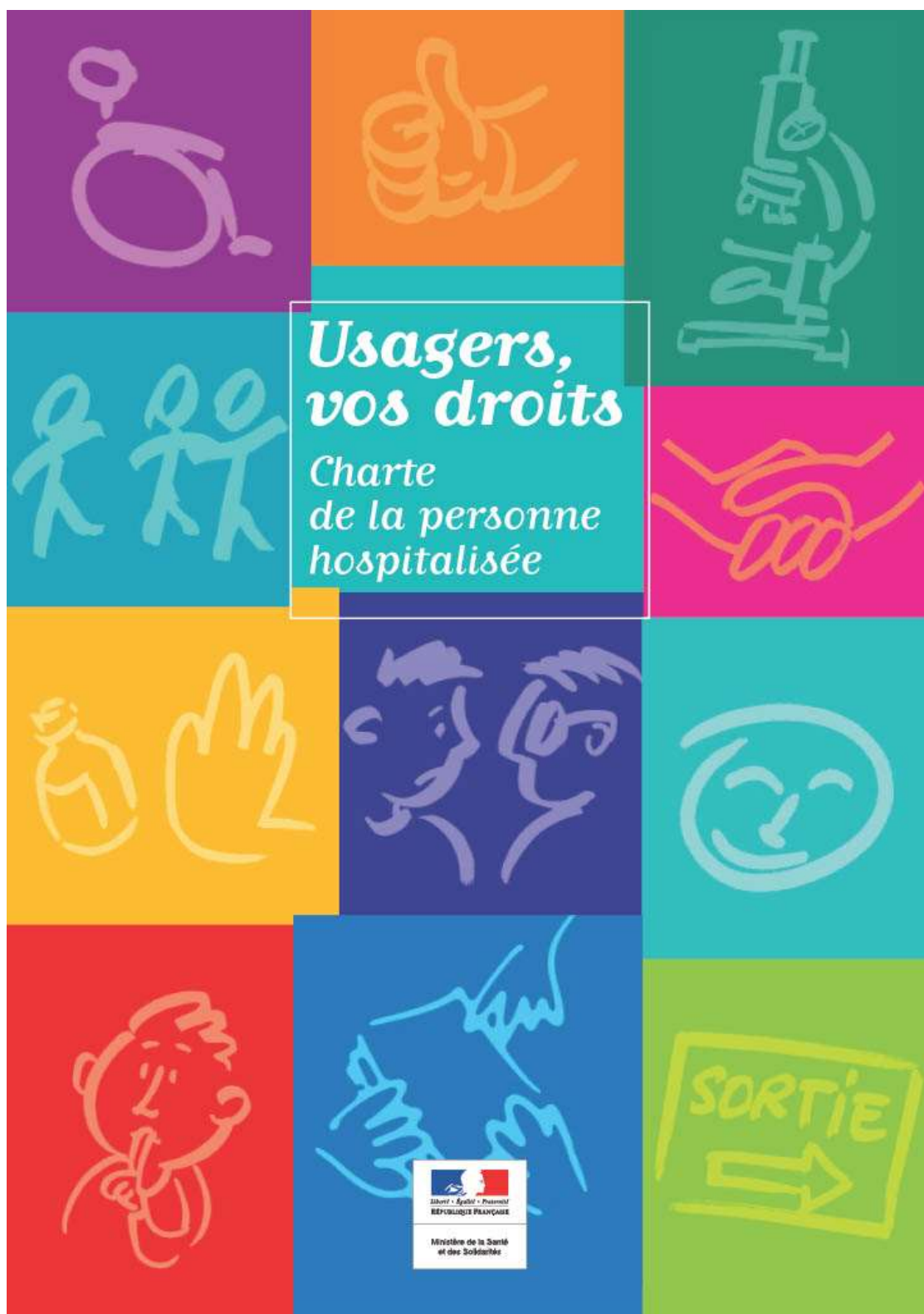
Ces règlements intérieurs spécifiques, ne peuvent comporter de dispositions qui seraient contraires à celles contenues dans le présent règlement intérieur général concernant les services de soins, techniques et administratifs.

## **Article 91 – Modification du règlement intérieur**

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

## Annexes

### Annexe 1 – La charte de la personne hospitalisée





L'

objectif de la présente charte est de faire connaître aux personnes malades, accueillies dans les établissements de santé, leurs droits essentiels tels qu'ils sont affirmés par les lois – notamment la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé – et les principaux décrets, arrêtés, circulaires et chartes dont les références figurent en annexe.

L'expression « personne hospitalisée » utilisée dans cette charte désigne l'ensemble des personnes prises en charge par un établissement de santé, que ces personnes soient admises en hospitalisation (au sein de l'établissement ou dans le cadre de l'hospitalisation à domicile), accueillies en consultation externe ou dans le cadre des urgences.

L'application de la charte s'interprète au regard des obligations nécessaires au bon fonctionnement de l'institution et auxquelles sont soumis le personnel et les personnes hospitalisées. La personne hospitalisée doit pouvoir prendre connaissance du règlement intérieur qui précise ces obligations.

Les dispositions qui la concernent et, en particulier, les dispositions qui s'appliquent à l'établissement, aux personnels et aux personnes malades, seront, si possible, intégrées dans le livret d'accueil.

Le résumé de la charte est remis, dès son entrée dans l'établissement, à chaque personne hospitalisée ainsi qu'un questionnaire de sortie et un contrat d'engagement contre la douleur, annexés au livret d'accueil. Le document intégral de la charte est délivré, gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil.





## Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge

**T**oute personne est **libre de choisir** l'établissement de santé dans lequel elle souhaite être prise en charge. Un établissement ne peut faire obstacle à ce libre choix que s'il n'a pas les moyens d'assurer une prise en charge appropriée à l'état du demandeur ou s'il ne dispose pas de la place disponible pour le recevoir.

Toutefois, les personnes faisant l'objet d'une hospitalisation sans consentement en raison de troubles mentaux sont exclusivement hospitalisées dans les établissements de santé habilités à cet effet par le préfet.

Toute personne peut également choisir son praticien sous réserve que les modalités d'organisation de l'établissement ne s'y opposent pas.

Dans tous les cas, le choix de la personne concernant l'établissement et/ou le praticien doit se concilier avec certaines contraintes liées à l'urgence, l'organisation du service ou la délivrance des soins.

Les conditions de remboursement dont bénéficie la personne peuvent varier selon l'établissement ou le praticien choisi.

### > Dispositions communes à tous les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés

Tous les établissements de santé doivent contribuer à garantir l'**égal accès** de chaque personne **aux soins** requis par son état de santé. Aucune personne ne doit être l'objet d'une quelconque discrimination que ce soit en raison de son état de santé, de son handicap, de son origine, de son sexe, de sa situation de famille, de ses opinions politiques, de sa religion, de sa race ou de ses caractéristiques génétiques. Les établissements prennent toutes les dispositions nécessaires pour que les enfants en âge scolaire bénéficient d'un suivi scolaire adapté.

Les aménagements nécessaires à l'accueil des personnes souffrant d'un handicap physique, mental ou sensoriel doivent être prévus.

L'établissement doit tenir compte des difficultés de compréhension et de communication des personnes hospitalisées et des personnes susceptibles de leur apporter un soutien (la personne de confiance désignée, la famille ou les proches).

Le recours à des interprètes ou à des associations spécialisées dans les actions d'accompagnement des personnes qui ne comprennent pas le français, ainsi que des personnes sourdes ou malentendantes, sera recherché.

### Les établissements de santé facilitent l'intervention des associations de bénévoles.

Ces associations ont pour mission d'apporter une aide et un soutien à toute personne qui le souhaite ou de répondre à des demandes spécifiques sans interférer avec la pratique des soins médicaux et paramédicaux.

Une convention est conclue avec ces associations, précisant les conditions d'intervention de celles-ci dans l'établissement. La liste des associations concernées figure de préférence dans le livret d'accueil. À défaut, cette liste sera mise à la disposition des personnes hospitalisées par le service chargé de l'accueil.

Tout établissement, doté d'un **service d'accueil et de traitement des urgences**, qui se trouve dans l'incapacité de procéder à l'admission d'une personne dont l'état de santé exige une hospitalisation en urgence, doit tout mettre en œuvre pour assurer son admission dans un autre établissement.

### > Dispositions propres au service public hospitalier

L'accueil des personnes s'effectue de jour comme de nuit, éventuellement en urgence.

L'accès au service public hospitalier est garanti **aux personnes les plus démunies**. Les personnes qui ne peuvent justifier d'une prise en charge par l'assurance maladie ou l'aide médicale de l'État sont prises en charge au sein des établissements de santé publics et des établissements de santé privés participant au service public hospitalier.



Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge.

pour les soins urgents. Ces soins sont ceux dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître. L'établissement constitue un lieu d'accueil privilégié où les personnes en situation de précarité doivent pouvoir faire valoir leurs droits, y compris sociaux. Dans ce but, les établissements doivent mettre en place une permanence d'accès aux soins de santé, qui aide les personnes dans leurs démarches administratives et sociales afin de garantir leur accès à la prévention, aux soins et au suivi médical à l'hôpital et dans les réseaux de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

L'assistante sociale ou, à défaut, le cadre de santé, est à la disposition des personnes malades, de leur famille ou à défaut de leurs proches<sup>(1)</sup> pour les aider à résoudre leurs difficultés personnelles, familiales, administratives ou matérielles résultant de leur hospitalisation.

(1) L'obligation d'information des établissements concerne également la personne de confiance désignée en application de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique (voir plus loin).

## Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins

**L**es établissements de santé assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques de chacun d'eux. Ils leur dispensent les actes de prévention, d'investigation de diagnostic ou de soins – curatifs ou palliatifs – que requiert leur état et ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, leur faire courir des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. Par ailleurs, ils veillent à la **continuité des soins** à l'issue de leur admission ou de leur hébergement.

La dimension douloureuse, physique et psychologique de la prise en charge des personnes hospitalisées, ainsi que le soulagement de leur souffrance, constituent une préoccupation constante de tous les intervenants.

Tout établissement doit se doter des moyens propres à organiser la **prise en charge de la douleur** des personnes qu'il accueille. Une brochure intitulée « Contrat d'engagement contre la douleur » doit être remise à chaque personne hospitalisée. L'évolution des connaissances scientifiques et techniques, ainsi que la mise en place d'organisations spécifiques, permettent d'apporter, dans la quasi totalité des cas, un soulagement des douleurs, qu'elles soient chroniques ou non, qu'elles soient ressenties par des enfants ou des adultes. Une attention particulière doit être portée au soulagement des douleurs des personnes en fin de vie.

Lorsque les personnes sont parvenues au terme de leur existence, l'établissement met tout en œuvre pour leur assurer **une vie digne jusqu'à la mort**. À cet égard, la prise en compte de leur volonté est essentielle (cf. infra IV). Elles reçoivent des soins d'accompagnement qui répondent à leurs besoins spécifiques tant physiques que psychologiques. Elles sont accompagnées, si elles le souhaitent, par leur famille ou leurs proches et les personnes de leur choix (en particulier la personne de confiance qu'elle aura désignée) et, naturellement, par le personnel et les bénévoles intervenant dans l'établissement. En cas de décès imminent, l'établissement s'attachera à prévenir la personne de confiance, la famille ou, à défaut, les proches, dans un délai leur permettant d'avoir la possibilité d'accompagner la personne lors de ses derniers moments. L'entourage bénéficie également d'un soutien<sup>(2)</sup>.

**En cas de décès** dans l'établissement de santé, la dépouille de la personne décédée est déposée dans la chambre mortuaire de l'établissement ou, à défaut, dans celle d'un autre établissement. En l'absence de chambre mortuaire, le défunt peut être transféré hors de l'établissement dans une chambre funéraire à la demande de la famille ou à la demande du directeur de l'établissement, s'il lui a été impossible de joindre la famille dans un délai de dix heures à compter du décès. Lorsque le transfert en chambre funéraire a été demandé par le directeur de l'établissement, les frais résultant du transport sont à la charge de l'établissement ainsi que les frais dits de séjour, dans la limite des trois premiers jours suivant l'admission.

(2) La circulaire DHOS/O2/DGSI/SD5D/2002/06 du 19 février 2002 constitue en ce domaine une référence en matière d'organisation des soins d'accompagnement.



## L'information donnée au patient doit être accessible et loyale

**L**es établissements doivent veiller à ce que l'information médicale et sociale des personnes hospitalisées soit assurée et que les moyens mis en œuvre soient adaptés aux éventuelles difficultés de communication ou de compréhension des patients, afin de garantir à tous l'égalité d'accès à l'information.

Il revient à l'établissement et aux professionnels de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé.

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé et le secret médical n'est pas opposable au patient. Toutefois, la volonté d'une personne de ne pas être informée du diagnostic ou du pronostic la concernant doit être respectée, sauf si son état de santé présente des risques de transmission à des tiers.

Le médecin doit, au cours d'un entretien individuel, donner à la personne une information accessible, intelligible et loyale. Cette information doit être renouvelée si nécessaire. Le médecin répond avec tact et de façon adaptée aux questions qui lui sont posées. L'information porte sur les investigations, traitements ou actions de prévention proposées ainsi que sur leurs alternatives éventuelles. Dans le cas de la délivrance d'une information difficile à recevoir pour le patient, le médecin peut, dans la mesure du possible, proposer un soutien psychologique.

Dans le cas où les informations médicales à délivrer relèvent en partie de la compétence d'autres professionnels de santé, le médecin organise le parcours de la personne ou, à défaut, lui indique les professionnels auxquels il est souhaitable qu'elle s'adresse pour obtenir une information médicale complète.

Afin que la personne malade puisse participer pleinement, notamment aux choix thérapeutiques qui la concernent et à leur mise en œuvre quotidienne, les médecins et le personnel paramédical participent à son information et son éducation, chacun dans son domaine de compétences.

Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions

de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Pour favoriser la participation des mineurs et des majeurs sous tutelle à la prise de décision les concernant, ils sont informés des actes et examens nécessaires à la prise en charge de leur état de santé, en fonction de leur âge et de leurs capacités de compréhension, indépendamment de l'indispensable information donnée à leurs représentants légaux.

Le secret médical, institué pour protéger la personne malade, s'impose au médecin. Dans ces conditions, le médecin ne doit divulguer aucune information médicale à une autre personne qu'à la personne malade. Toutefois, en cas de diagnostic ou de pronostic grave, et sauf opposition de la personne malade, la famille et les proches reçoivent les informations leur permettant de soutenir directement la personne malade et doivent pouvoir disposer d'un temps suffisant pour avoir un dialogue avec les médecins responsables. Par ailleurs, en cas de décès, et sauf opposition exprimée antérieurement par la personne elle-même, le secret médical ne fait pas obstacle à la divulgation des informations aux ayants droit lorsqu'elles sont nécessaires à la connaissance des causes de la mort, à la défense de la mémoire du défunt ou pour faire valoir leurs droits.

La personne de confiance (cf. infra 4) doit également bénéficier d'une information suffisante pour pouvoir donner valablement son avis, dans le cas où la personne malade n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté. Seules l'impossibilité, l'urgence ou la volonté de la personne malade de ne pas savoir peuvent dispenser le médecin d'informer celle-ci.

L'information porte également, à la demande de la personne hospitalisée, sur les frais auxquels elle pourrait être exposée au titre de sa prise en charge. Lorsque cette prise en charge est réalisée par un professionnel de santé d'exercice libéral, ce dernier doit informer la personne, avant l'exécution d'un acte, de son coût et des conditions de remboursement dont elle bénéficierait par les organismes d'assurance maladie.



## Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient

**L'**intangibilité de l'intégrité corporelle de chaque personne et l'indisponibilité du corps humain sont des principes fondamentaux auxquels il ne peut être dérogé que par nécessité médicale pour la personne et avec son **consentement préalable**. Pour cette raison, notamment, aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement de l'intéressé. Lorsque la personne n'est pas en état d'exprimer sa volonté, sauf urgence ou impossibilité, le médecin ne pourra réaliser aucune investigation ni traitement sans avoir consulté au préalable la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un de ses proches.

**Le consentement de la personne doit être libre**, c'est-à-dire ne pas avoir été obtenu sous la contrainte, et renouvelé pour tout nouvel acte médical. **Il doit être éclairé**, c'est-à-dire que la personne doit avoir été préalablement informée des actes qu'elle va subir, des risques fréquents ou graves normalement prévisibles en l'état des connaissances scientifiques et des conséquences que ceux-ci pourraient entraîner. Si des risques nouveaux apparaissent postérieurement aux actes d'investigation, traitement ou prévention, toute mesure doit être prise pour en informer la personne.

**Autre conséquence du principe du consentement : toute personne hospitalisée, apte à exprimer sa volonté, peut aussi refuser** tout acte diagnostique ou tout traitement ou en demander l'interruption à tout moment. Toutefois, si par ce refus ou cette demande d'interruption de traitement, la personne met sa vie en danger, le médecin, tenu par son obligation d'assistance, doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire alors appel à un autre membre du corps médical. Cependant, dès lors que la personne réitère sa décision dans un délai raisonnable (délai apprécié compte tenu de la situation), celle-ci s'impose au médecin. Il faut préciser que la décision prise par la personne malade de limiter ou d'arrêter ses traitements, alors même qu'elle ne se trouve pas en situation de fin de vie, doit être particulièrement réfléchie. C'est pourquoi le devoir d'assistance du médecin doit l'emporter sur le refus de soins dans les situations d'urgence où le pronostic vital est engagé, dès lors que le patient n'a pas disposé d'un délai minimum

nécessaire pour réitérer, en toute connaissance de cause, sa volonté.

**En fin de vie** (c'est-à-dire lorsque la personne se trouve « en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable »), dès lors que la personne, dûment informée des conséquences de son choix et apte à exprimer sa volonté, fait valoir sa décision de limiter ou d'arrêter les traitements, celle-ci s'impose au médecin.

Dans tous les cas, la décision d'arrêt ou de limitation des traitements, prise par la personne, est inscrite dans son dossier médical.

**Lorsqu'une personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, qu'elle soit en fin de vie ou non**, et que les actes de prévention, d'investigation ou de soins apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, le médecin peut prendre la décision de les limiter ou de les arrêter. Cette décision ne peut cependant être prise qu'après concertation avec l'équipe de soins et **dans le cadre d'une procédure collégiale**. Le médecin ne prend en effet sa décision qu'après consultation d'au moins un autre médecin avec lequel il n'entretient aucun lien hiérarchique. Par ailleurs, il prend en compte les souhaits précédemment exprimés par la personne quant à sa fin de vie. Cette volonté doit être recherchée notamment dans d'éventuelles **directives anticipées** (voir ci-après).

Il prend en compte également les avis exprimés par la personne de confiance, la famille ou, à défaut, les proches. Lorsque la personne de confiance est désignée, son avis l'emporte sur celui exprimé par la famille ou par les proches. La décision motivée du médecin ainsi que les étapes de la procédure suivie sont inscrites dans le dossier médical.

Dans tous les cas d'arrêt ou de limitation de traitement, la personne conserve tous ses droits d'accès aux soins palliatifs. Comme précédemment indiqué (cf. supra II), le médecin doit soulager sa douleur, apaiser sa souffrance psychique, sauvegarder sa dignité et soutenir son entourage.

**Afin de garantir l'expression de la volonté du malade, deux dispositifs sont prévus : la désignation d'une personne de confiance et les directives anticipées.**



#### Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient

Lors de son admission, toute personne hospitalisée majeure est systématiquement informée de la possibilité qui lui est offerte de désigner **une personne de confiance**. Cette désignation est effectuée par écrit et vaut pour toute la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en décide autrement. Elle est révoquable à tout moment. Le choix de la personne peut porter aussi bien sur un parent que sur un conjoint, un compagnon, une compagne, un proche, un médecin traitant... La personne de confiance peut être désignée antérieurement à l'hospitalisation. L'établissement apportera une attention particulière au recueil des coordonnées de la personne choisie et il est recommandé que ces informations soient classées dans le dossier médical. À la demande du patient, la personne de confiance pourra l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Pour le cas où le patient se trouverait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté, l'avis de la personne de confiance doit être recueilli, mais ne s'impose pas au médecin.

Toute personne majeure a la possibilité de rédiger, pour le cas où elle ne serait plus en état d'exprimer elle-même sa volonté, **des directives anticipées**. L'objet de ces dernières est de permettre à la personne de faire connaître ses souhaits quant à sa fin de vie. Les directives anticipées se présentent sous forme d'un document écrit et authentifiable. Si la personne ne peut les rédiger elle-même, deux témoins, dont la personne de confiance, attestent qu'elles correspondent à la volonté clairement exprimée par la personne. Elles doivent être renouvelées tous les trois ans ou être établies depuis moins de trois ans avant que la personne ne soit plus en état d'exprimer sa volonté (par exemple en cas de maladie neurodégénérative). Elles sont révoquables à tout moment. Lorsque des directives anticipées existent, le médecin doit en tenir compte. Elles constituent un document essentiel pour la prise de décision médicale. Elles témoignent en effet de la volonté d'une personne, alors que celle-ci était encore apte à l'exprimer et en état de le faire. Toutefois, les directives anticipées n'ont pas de valeur contraignante pour le médecin. Celui-ci reste libre d'apprécier les conditions dans lesquelles il convient d'appliquer les orientations exprimées par le patient dans ce document compte tenu de la situation concrète et de l'éventuelle évolution de l'état de l'art médical. En tout état de cause, la personne qui souhaite que ses directives soient prises en compte, doit les rendre accessibles au médecin qui la prendra en charge au sein

de l'établissement. À cette fin, mais sans qu'il s'agisse d'une condition de validité, le dossier détenu par le médecin traitant apparaît comme le meilleur cadre de conservation. Lors de son admission dans l'établissement, le patient peut signaler l'existence de directives anticipées et indiquer les coordonnées des personnes auxquelles il les a confiées.

**Lorsque la personne hospitalisée est mineure ou majeure sous tutelle**, dès lors qu'elle est en mesure d'exprimer sa volonté, son consentement doit être recherché, même s'il revient aux détenteurs de l'autorité parentale ou au tuteur de consentir à tout traitement. Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle d'une personne mineure ou majeure sous tutelle risque d'être gravement compromise par le refus du représentant légal ou par l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin délivre les soins qui s'imposent. S'agissant d'un mineur, lorsqu'il y a divergence entre les titulaires de l'autorité parentale, il appartient au parent le plus diligent de saisir le juge aux affaires familiales afin qu'il soit statué sur la décision à prendre. Dans le cas où cette divergence s'accompagne d'une situation de danger mettant en cause la santé ou la sécurité du mineur, le médecin, tout en étant tenu de délivrer les soins indispensables, est, comme tout autre tiers confronté à une telle situation de danger, habilité à opérer un signalement auprès du procureur de la République, lequel a faculté de saisir le juge des enfants. S'agissant d'un majeur sous tutelle, il appartient au tuteur de solliciter une autorisation du juge des tutelles, dans le cas où il est appelé à prendre une décision concernant la santé de la personne protégée, en l'absence d'avis exprimé par celle-ci ou contre son avis dès lors que la décision présente un risque sérieux d'atteinte à l'intégrité corporelle de la personne protégée.

Si une personne mineure, pour laquelle un traitement ou une intervention s'impose pour sauvegarder sa santé, ne souhaite pas que son état de santé soit porté à la connaissance des titulaires de l'autorité parentale, le médecin peut se dispenser du consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale après avoir mis tout en œuvre pour que le mineur accepte qu'ils soient consultés. Si le mineur persiste dans sa volonté que le secret soit gardé, le médecin pourra intervenir pour autant que le mineur soit accompagné d'une personne majeure de son choix. La mention du refus du mineur que les titulaires de l'autorité parentale soient consultés sera portée au dossier médical de l'intéressé.

## Un consentement spécifique est prévu pour certains actes

**A**u delà du principe général du consentement préalable, certains actes médicaux font l'objet de garanties spécifiques en ce qui concerne le consentement.

**Dans le domaine de l'assistance médicale à la procréation**, c'est le consentement des deux membres du couple, à l'origine du projet parental, qui est exigé (article L.2141-2 du code de la santé publique). Pour le **diagnostic prénatal**, seul le consentement de la femme enceinte est recueilli (article L.2131-4).

**Le don et l'utilisation des éléments et des produits du corps humain** font également l'objet de dispositions spécifiques.

Ainsi, le prélèvement d'éléments du corps humain et la collecte de ses produits, pour quelle que finalité que ce soit, ne peuvent être pratiqués sans le consentement du donneur.

Le consentement est révocable à tout moment (article L.1211-2 du code de la santé publique). Lorsque la finalité initiale du prélèvement est modifiée, la personne doit en être informée, sauf impossibilité, afin de pouvoir s'y opposer si elle le souhaite.

Le consentement à un **prélèvement d'organe en vue de don** est particulièrement formalisé : il doit être recueilli devant le tribunal de grande instance ou, en cas d'urgence, par le procureur de la République. Ce consentement est révocable à tout moment et sans condition de forme (article L.1231-1 du code de la santé publique). En règle générale, aucun prélèvement d'organe, de tissus, de cellules, aucune collecte de produits du corps humain en vue de don ne peut avoir lieu sur une personne vivante majeure faisant l'objet d'une mesure de protection légale (articles L.1231-2 et L.2141-2 du code de la santé publique). Toutefois, un prélèvement de cellules hématopoïétiques issues de la moelle osseuse peut être effectué sur un mineur ou sur un majeur protégé au bénéfice de son frère ou de sa sœur, de son cousin germain ou de sa cousine germaine, de son oncle ou de sa tante, de son neveu ou de sa nièce, avec les garanties et dans les conditions définies aux articles L.1241-3 et L.1241-4 du code de la santé publique.

**Toute personne peut faire connaître de son vivant son opposition ou son refus**

**à un prélèvement d'organe après son décès** (que ce soit à des fins thérapeutiques ou scientifiques). Ce refus peut figurer sur le registre national des refus, mais il peut également être exprimé par tout autre moyen. Aussi, en l'absence de refus enregistré dans le registre national, avant tout prélèvement, le médecin doit vérifier auprès de la famille ou des proches que la personne ne s'est pas opposée de son vivant, par tout moyen, au don d'organes (article L.1232-1 du code de la santé publique). Si la personne décédée est un mineur ou un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection légale, le prélèvement en vue d'un don ne peut avoir lieu qu'à condition que chacun des titulaires de l'autorité parentale – ou le représentant légal – y consente expressément par écrit. Toutefois, en cas d'impossibilité de consulter l'un des titulaires de l'autorité parentale, le prélèvement peut avoir lieu à condition que l'autre titulaire y consente par écrit (article L.1232-1 du code de la santé publique).

En outre, en cas de **prélèvements à des fins scientifiques sur personne décédée**, ceux-ci ne peuvent être pratiqués que dans le cadre de protocoles transmis, préalablement à leur mise en œuvre, à l'agence de la biomédecine et soumis à l'appréciation du ministre chargé de la recherche (article L.1232-3 du code de la santé publique). Dans tous les cas, la famille ou les proches sont informés par le médecin de la finalité des prélèvements sur la personne décédée envisagés à des fins scientifiques et de leur droit à connaître les prélèvements effectués (article L.1232-1 du code de la santé publique).

**Pour l'interruption volontaire de grossesse (IVG)**, des dispositions spécifiques sont prévues lorsqu'il s'agit d'une mineure. Si une mineure non émancipée souhaite accéder à une IVG et se trouve dans l'impossibilité de recueillir le consentement d'au moins un des titulaires de l'autorité parentale ou si elle souhaite garder le secret, l'IVG ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés, peuvent néanmoins être pratiqués à sa demande. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner par la personne majeure de son choix.

En ce qui concerne les prélèvements à visées tant diagnostiques, thérapeutiques que scientifiques **sur des tissus et cellules embryonnaires**

ou fœtales à l'issue d'une interruption de grossesse, ils ne peuvent être demandés qu'aux personnes majeures (sauf recherche des causes de l'interruption) et après qu'elles aient donné leur consentement écrit. S'il s'agit de **prélèvements à des fins scientifiques**, ils ne peuvent, en outre, être pratiqués que dans le cadre de protocoles transmis préalablement à leur mise en œuvre à l'agence de la biomédecine et soumis à l'appréciation du ministre chargé de la recherche (article L.1241-5 du code de la santé publique).

**En ce qui concerne la réalisation des examens des caractéristiques génétiques**, la personne doit y consentir préalablement par écrit dans les conditions fixées par l'article L.1131-1 du code de la santé publique. Cependant, en cas d'impossibilité de recueillir le consentement de la personne ou de consulter la personne de confiance qu'elle a désignée, sa famille ou à défaut ses proches, les examens peuvent avoir lieu quand son intérêt même l'exige.

**La pratique d'une stérilisation à visée contraceptive** fait l'objet d'une information spécifique délivrée par le médecin sur les risques et les conséquences de l'intervention. Cette information donne lieu à un document écrit. La patiente, majeure, doit exprimer une volonté libre, motivée et délibérée compte tenu de l'information reçue. Le consentement doit être réitéré après un délai de réflexion de quatre mois et confirmé par écrit. Les personnes majeures dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap et a justifié leur placement sous tutelle ou curatelle, bénéficient, pour cette intervention, d'un régime de protection renforcée. L'intervention est subordonnée à la décision d'un juge des tutelles, chargé de recueillir l'avis d'un comité d'experts (article L. 2123-2 du code de la santé publique).

**Un dépistage** (par exemple du virus de l'immunodéficience humaine [VIH]) ne peut être réalisé qu'avec le consentement préalable de la personne, sauf dans certains cas exceptionnels où ce dépistage est obligatoire (par exemple : dons de sang, d'organes, de tissus, de cellules et notamment de sperme et de lait). **Aucun dépistage ne peut être fait à l'insu du patient**, ce qui constituerait une violation de la vie privée. Un dépistage volontaire peut être proposé au patient, dans le respect des règles rappelées par la circulaire n° 684 bis du 28 octobre 1987 relative au dépistage du VIH, dont celle du libre consentement, après information personnalisée.

Par ailleurs, toute personne infectée par le VIH doit donner son consentement par écrit au traitement informatique de son dossier médico-épidémiologique à des fins statistiques.

## Une recherche biomédicale ne peut être réalisée sans que la personne ait donné son consentement après avoir été spécifiquement informée sur les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles

**P**our faire progresser les connaissances sur le fonctionnement du corps humain et l'origine, le diagnostic et le traitement des maladies, il est nécessaire de pouvoir mener des recherches sur l'être humain : c'est la recherche biomédicale, strictement encadrée par la loi. Ce type d'activité ne doit pas être confondu avec une activité de soin ; il ne s'agit pas non plus d'un droit pour les patients. En tout état de cause, une recherche biomédicale ne peut être effectuée sur l'être humain que si elle répond à **des critères de pertinence scientifique, d'absence de risques disproportionnés aux bénéfices escomptés et de réduction des désagréments et des contraintes pour la personne.**

Une recherche biomédicale ne peut, en principe, être proposée à une personne hospitalisée. Toutefois, une telle recherche peut être proposée dans deux cas : d'une part, si le bénéfice attendu par la personne hospitalisée justifie le risque encouru ; d'autre part, si la recherche peut être potentiellement utile pour d'autres personnes relevant de la même situation, c'est-à-dire hospitalisées, et dans la mesure où il n'existe aucune méthode alternative d'efficacité comparable.

Aucune recherche ne peut être menée si elle n'a pas reçu l'**avis favorable d'un comité de protection des personnes indépendant**, auquel participent notamment des représentants d'associations de malades ou d'usagers du système de santé. **La recherche doit en outre être autorisée**, selon le cas, soit par l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, soit par le ministère chargé de la santé.

Le médecin investigateur qui coordonne une recherche doit apporter **une information claire et compréhensible** à la personne à qui il est proposé de participer à une recherche biomédicale. La personne pressentie doit notamment, avant de donner son consentement, être informée sur : les objectifs, la méthode et la durée de la recherche ; les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles ; les autres choix de traitements possibles ; les modalités de prise en charge médicale prévues en cas d'interruption de la recherche pour quelque raison que ce soit ;

les modalités selon lesquelles, après la fin de la recherche, la personne hospitalisée participante sera informée des résultats de celle-ci. L'ensemble des informations est résumé dans un document écrit. En effet, la personne, dans la mesure du possible, doit avoir le temps de réfléchir à la proposition qui lui est faite et de demander toutes les explications complémentaires au médecin investigateur, d'en parler à toute personne de son choix (médecin traitant, proches, association de malades, etc.) avant de prendre et de faire connaître sa décision.

Si la personne est d'accord pour participer à la recherche, elle doit **exprimer son consentement par écrit** en signant un document. Si elle n'accepte pas la proposition qui lui est faite ou si elle retire son consentement, cela n'aura aucune conséquence sur sa prise en charge par l'établissement et elle recevra des soins de la même qualité que si elle acceptait de participer à la recherche proposée.

Des règles spécifiques relatives au consentement sont prévues pour **les personnes mineures, les personnes majeures sous tutelle ou sous curatelle ou les personnes majeures hors d'état d'exprimer leur volonté** ainsi que pour les personnes dites « **vulnérables** » – femmes enceintes ou qui accouchent, mères qui allaitent, personnes en prison, personnes hospitalisées sans consentement – (article L.1122-2 du code de la santé publique).

Des recherches peuvent être nécessaires sur des personnes hospitalisées **en situation d'urgence** et qui ne sont pas, par conséquent, en état de donner leur consentement. Dans ce cas, l'accord de la personne de confiance désignée ou de la famille, dans la mesure où elles sont présentes, doit être demandé. La personne concernée est informée dès que possible et son consentement est alors nécessaire pour continuer la recherche. Si la personne refuse, elle peut s'opposer à l'utilisation des données la concernant et qui ont été recueillies avant son refus. Pendant une recherche ou à la fin de celle-ci, la personne hospitalisée a le droit d'avoir communication des informations dont le médecin investigateur dispose au sujet de sa santé.

6

Une recherche biomédicale ne peut être réalisée sans que la personne ait donné son consentement après avoir été spécifiquement informée sur les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles

La participation d'une personne hospitalisée à une recherche biomédicale ne donnera lieu à aucune rémunération ni indemnisation.

**Le traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche** s'effectue dans les conditions prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers

et aux libertés et à l'article L.1111-7 du code de la santé publique. Conformément à ces dispositions, toute personne peut obtenir communication et le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant aux responsables de la recherche. Elle peut également s'opposer au traitement des données la concernant.





## La personne hospitalisée peut, à tout moment, quitter l'établissement

Une personne hospitalisée peut, à tout moment, quitter l'établissement. Lorsque la demande de sortie est jugée prématurée par le médecin et présente un danger pour la santé de la personne, celle-ci doit signer une attestation établissant qu'elle a eu connaissance des dangers que cette sortie présentait pour elle. À défaut de cette attestation, un document interne est rédigé.

Une personne ne peut être retenue par l'établissement. Seules les personnes ayant nécessité, en raison de troubles mentaux, une hospitalisation à la demande d'un tiers ou une hospitalisation d'office, peuvent être retenues, sous réserve des dispositions applicables aux mineurs et, sous certaines conditions, aux majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection légale.

Toute personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux reconnus aux autres patients. Des restrictions à l'exercice de leurs libertés individuelles peuvent être imposées aux personnes hospitalisées pour troubles mentaux sans leur consentement, dans la limite de celles nécessitées par leur état de santé et la mise en œuvre de leur traitement. Ces personnes doivent être informées dès leur admission et, par la suite, à leur demande, de leur situation juridique et de leurs droits.

Les personnes détenues disposent des mêmes droits que ceux dont bénéficient les autres personnes hospitalisées. Cependant, les détenus admis dans un établissement de santé continuent d'effectuer leur peine ; de même, les personnes mises en examen et placées en détention provisoire restent en détention ; de ce fait, la réglementation pénitentiaire leur est applicable et, notamment, les règles particulières restreignant la liberté d'aller et venir et de communiquer.





## La personne hospitalisée est traitée avec égards

**L**e respect de l'intimité de la personne doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré et post-opératoires, des radiographies, des brancardages et, plus généralement, à tout moment de son séjour hospitalier. La personne hospitalisée est traitée avec égards.

Si un enseignement clinique conduit à un examen du patient en présence d'étudiants en médecine, son consentement préalable est requis. Il ne peut être passé outre à un refus de la personne. Les mêmes prescriptions doivent être respectées en ce qui concerne les actions de formation initiale et continue des personnels médicaux et paramédicaux.

L'établissement de santé doit respecter les croyances et convictions des personnes accueillies. Dans les établissements de santé publics, toute personne doit pouvoir être mise en mesure de participer à l'exercice de son culte (recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'action et d'expression, rites funéraires...).

Toutefois, l'expression des convictions religieuses ne doit porter atteinte ni au fonctionnement du service, ni à la qualité des soins, ni aux règles d'hygiène, ni à la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches.

Tout prosélytisme est interdit, qu'il soit le fait d'une personne hospitalisée, d'un visiteur, d'un membre du personnel ou d'un bénévole.

L'établissement prend les mesures qui assurent la tranquillité des personnes et réduisent au mieux les nuisances liées notamment au bruit et à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil.

Il organise le fonctionnement des consultations externes et l'accomplissement des formalités administratives liées à l'hospitalisation, de manière à réduire le plus possible les déplacements et les délais d'attente.



## Le respect de la vie privée est garanti à toute personne

**T**oute personne hospitalisée a droit au respect de sa vie privée.

Le personnel est tenu **au secret professionnel**, défini par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal et à la discrétion professionnelle définie par l'article 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée, relative aux droits et obligations des fonctionnaires.

L'établissement garantit la **confidentialité des informations** qu'il détient sur les personnes hospitalisées (informations médicales, d'état civil, administratives, financières).

Toutefois, les informations à caractère médical, dans la mesure où elles sont utiles à la continuité des soins et déterminent la meilleure prise en charge possible, sont réputées avoir été confiées par la personne hospitalisée à l'ensemble de l'équipe de soins qui la prend en charge.

Ces mêmes informations pourront également être confiées à d'autres professionnels de santé ne faisant pas partie de l'équipe de soins qui prend en charge la personne, dans la mesure où celle-ci en aura été avertie et ne s'y sera pas opposée. Dans le cadre d'une procédure judiciaire exécutée dans les formes prescrites, le juge ou la personne qu'il aura mandatée à cet effet peut avoir accès aux informations concernant une personne hospitalisée ou ayant été hospitalisée.

Toutefois, cette procédure judiciaire n'est pas de nature à entraîner la levée des anonymats garantis par la loi.

La personne hospitalisée peut recevoir dans sa chambre les visites de son choix en respectant l'intimité et le repos des autres personnes hospitalisées. Elle a le droit à la confidentialité de son courrier, de ses communications téléphoniques, de ses entretiens avec des visiteurs et avec les professionnels de santé.

L'accès des journalistes, photographes, démarcheurs publicitaires et représentants de commerce auprès des personnes hospitalisées ne peut avoir lieu qu'avec l'accord exprès des personnes concernées, dans la limite du respect des autres patients et sous réserve de l'autorisation écrite donnée par le directeur de l'établissement. Cet accès doit être utilisé avec mesure afin d'éviter tout abus de l'éventuelle vulnérabilité des patients.

Une personne hospitalisée peut refuser toute visite et demander que sa présence ne soit pas divulguée. La personne hospitalisée peut, dans la limite du respect des autres patients et de l'espace de sa chambre, apporter des effets personnels. Le régime de responsabilité, en cas de perte, vol ou détérioration de ces objets ainsi que des objets autorisés à être déposés, est défini par la loi n° 92-614 du 6 juillet 1992 et ses textes d'application (cf. articles L.1113-1 à L.1113-10 et R.1113-1 à R.1113-9 du code de la santé publique).

**Tout enfant hospitalisé** dans un service de pédiatrie doit pouvoir bénéficier de la visite de son père, de sa mère ou de toute autre personne s'occupant habituellement de lui, quelle que soit l'heure, y compris la nuit, pour autant que la présence du visiteur n'expose ni lui-même, ni l'enfant à un risque sanitaire, en particulier à des maladies contagieuses.

## La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant

Toutes les informations à caractère médical formalisées sont intégrées dans le dossier médical. Ces informations sont accessibles à la personne hospitalisée (dans certaines conditions, à ses représentants légaux ou, en cas de décès, à ses ayants droit), à l'exclusion toutefois de celles qui concernent des tiers ou mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers. L'accès de la personne à ces informations peut s'effectuer directement, si elle le souhaite, ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne à cet effet. Dans l'hypothèse où la personne souhaite consulter son dossier médical sur place, elle peut bénéficier gratuitement d'un accompagnement médical proposé par l'établissement. Les autres conditions de cet accès, notamment celles concernant les personnes mineures et, à titre exceptionnel, celles concernant les personnes hospitalisées sans leur consentement, sont précisées dans le livret d'accueil mentionné à l'article L.1112-2 du code de la santé publique.

Toute personne accueillie a accès, sur sa demande, aux informations la concernant et contenues dans les fichiers informatiques de l'établissement, en application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée.

Dans les établissements assurant le service public hospitalier, l'usager a un droit d'accès aux documents administratifs, dans les conditions prévues par la loi du 17 juillet 1978 modifiée. Il en fait la demande auprès du représentant légal de l'établissement. En cas de refus exprès ou tacite de celui-ci, il peut solliciter l'avis de la commission d'accès aux documents administratifs (CADA - 35, rue Saint-Dominique - 75007 PARIS - [www.cada.fr](http://www.cada.fr)).



## La personne hospitalisée exprime ses observations sur les soins et sur l'accueil

**I**ndépendamment de la possibilité de répondre au questionnaire de sortie remis avec le livret d'accueil à chaque patient, une personne hospitalisée peut faire part de ses observations directement au représentant légal de l'établissement de santé. Dans chaque établissement, **une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU)** veille au respect des droits des usagers et à l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accueil des personnes malades et de leurs proches. Cette commission veille notamment à ce que les personnes puissent exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement. La liste des membres de la commission (parmi lesquels on compte, notamment, deux représentants des usagers, un médiateur médecin et un médiateur non médecin) ainsi que les conditions dans lesquelles elle examine les plaintes et réclamations sont précisées dans le livret d'accueil.

Une personne hospitalisée (ou ses représentants légaux, ou, en cas de décès, ses ayants droit) peut également s'adresser à la **commission régionale ou interrégionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales**, dans le ressort de laquelle se situe l'établissement de santé concerné. Les coordonnées de la commission compétente sont mentionnées dans le livret d'accueil.

Dans sa formation de conciliation, cette commission peut être saisie, par lettre recommandée avec avis de réception :

> de toute contestation relative au respect des droits des malades et des usagers du système de santé (article L.1114-4 du code de la santé publique) ;

> de tout litige ou de toute difficulté entre le malade ou l'usager du système de santé et l'établissement de santé, né à l'occasion d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins (articles L.1142-5 et R.1142-19 et suivants du même code).

La commission a la possibilité soit de mener la conciliation elle-même, soit de la déléguer à l'un de ses membres ou à un médiateur extérieur. Un document est établi en cas de conciliation totale ou partielle.

Dans sa formation de règlement amiable, cette commission peut être saisie par le malade (ou ses représentants légaux, ou, en cas de décès, ses ayants droit), lorsqu'il estime avoir subi un préjudice présentant un caractère de gravité important<sup>(3)</sup> et que l'acte de prévention, de diagnostic ou de soins à l'origine du dommage est postérieur au 4 septembre 2001. Pour toute information sur les conditions d'accès au dispositif d'indemnisation, consulter le site [www.oniam.fr](http://www.oniam.fr) ou appeler – au coût d'une communication locale – le 0810 600 160 (numéro azur), du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00.

Le malade estimant avoir subi un préjudice (ou ses représentants légaux ou, en cas de décès, ses ayants droit) peut également, et même, s'il le souhaite, simultanément à la procédure devant la commission ci-dessus, exercer un recours devant les tribunaux. Cette action est possible quelle que soit la gravité du dommage. Selon que les faits incriminés sont survenus dans un établissement de santé public ou privé, c'est la juridiction administrative ou judiciaire qui est compétente.

Dans tous les cas, les actions tendant à mettre en cause la responsabilité des professionnels de santé ou des établissements de santé publics ou privés, à l'occasion d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins, se prescrivent par dix ans, à compter de la consolidation du dommage.

En ce qui concerne les affaires relevant des tribunaux administratifs - et elles seules - il est nécessaire, préalablement à tout recours devant le juge administratif, de formuler, auprès de l'administration concernée, une demande d'indemnisation pour préjudice (sous forme d'une requête amiable).

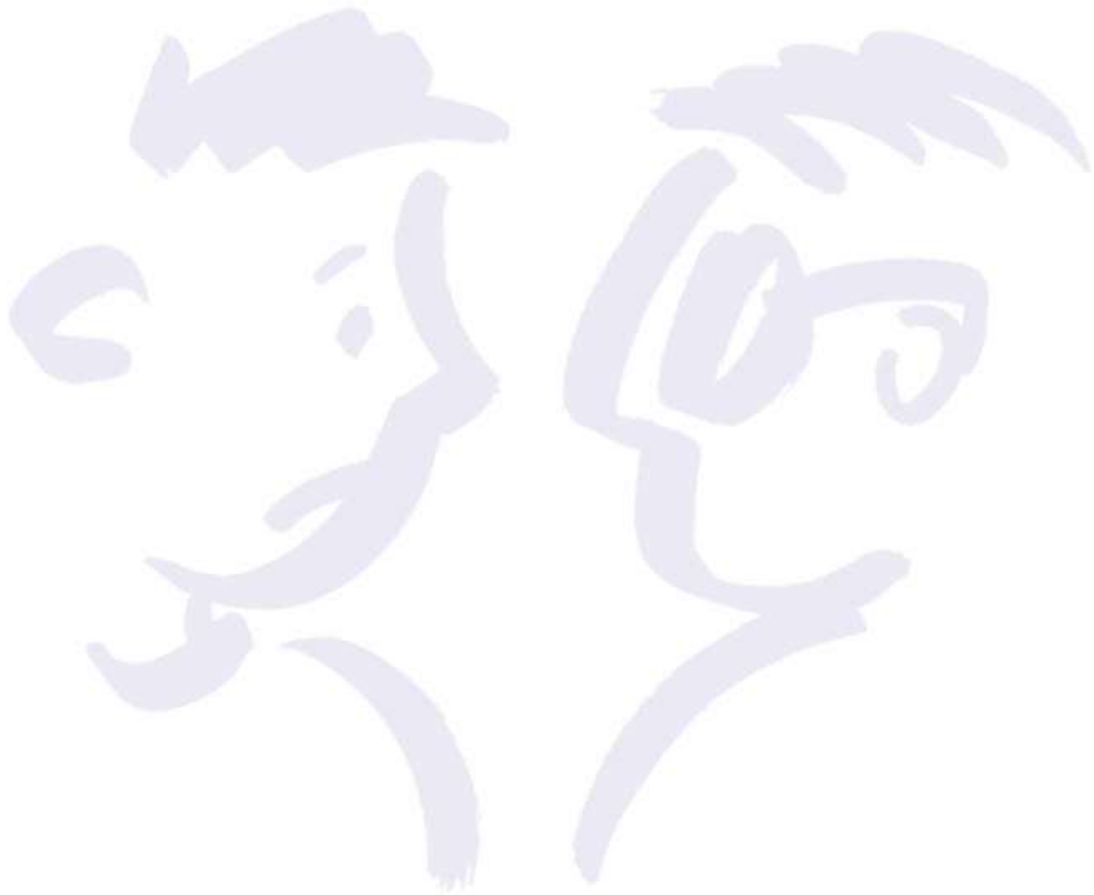
(3) Ne sont en effet recevables que les demandes des personnes pour lesquelles le dommage subi a entraîné une incapacité permanente partielle (IPP) supérieure à 24 %, ou une durée d'incapacité temporaire de travail d'au moins 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur 12 mois. La demande est également recevable, à titre exceptionnel, si la personne a été déclarée inapte à exercer son activité professionnelle ou si elle a subi des troubles particulièrement graves dans ses conditions d'existence.



*La personne hospitalisée exprime ses observations sur les soins et sur l'accueil*

En cas de rejet de la demande, le requérant dispose d'un délai de deux mois pour saisir le tribunal administratif. Dans l'hypothèse d'un recours en dommages et intérêts, en cas d'absence de réponse de l'établissement dans les deux mois

suivant la demande (rejet implicite), le requérant n'est pas tenu par un délai, mais l'établissement pourra faire valoir la prescription décennale mentionnée ci-dessus.





## Charte de la personne hospitalisée Principes généraux

**1** Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.

**2** Les établissements de santé garantissent la **qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.

**3** L'information donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.

**4** Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le **consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.

**5** Un **consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.

**6** Une personne à qui il est proposé de participer à une **recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.

**7** La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.

**8** La **personne hospitalisée est traitée avec égards**. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.

**9** Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.

**10** La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un **accès direct aux informations de santé** la concernant. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.

**11** La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

## Annexe à la circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée

**L**a liste des textes cités ci-après ne saurait être exhaustive. Elle a seulement pour objet de rappeler les principaux textes qui ont servi de référence à l'élaboration de la charte de la personne hospitalisée.

Les textes suivis du signe (\*) sont accessibles sur le site internet : [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)  
Les textes suivis du signe (\*\*) sont accessibles sur le site internet : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

### > Les codes

- Code pénal (\*)
- Code civil (\*)
- Code de la santé publique (\*)
- Code de la sécurité sociale (\*)
- Code de l'action sociale et des familles et aide sociale (\*)
- Code général des collectivités territoriales (\*) (et, notamment, ses articles L.2223-39, R.2223-76, R.2223-79 et R.2223-91)

### > Les lois non codifiées

- Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 **modifiée** relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (\*)
- Loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 **modifiée** portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal (\*)
- Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 **modifiée** relative aux droits et obligations des fonctionnaires (\*)

### > Les chartes

- Charte de l'enfant hospitalisé signée par les associations européennes en 1988  
[www.livivo.net/adarpef/article.php3?id\\_article=5](http://www.livivo.net/adarpef/article.php3?id_article=5)

- Charte de l'usager en santé mentale du 8 décembre 2000  
[www.fnapsy.org/?page=charte](http://www.fnapsy.org/?page=charte)
- Charte des associations de bénévoles à l'hôpital du 29 mai 1991  
[www.ap-hop-paris.fr/site/benevolat/charte.htm](http://www.ap-hop-paris.fr/site/benevolat/charte.htm)
- Charte d'accueil des familles de victimes de la violence routière dans les établissements de santé  
[www.famille.gouv.fr/dossiers/violences\\_rout/charte.htm](http://www.famille.gouv.fr/dossiers/violences_rout/charte.htm)
- Charte Marianne (\*\*)
- Charte sociale européenne  
[www.coe.int](http://www.coe.int)

### > Les textes réglementaires non codifiés

#### Textes relatifs à la prise en charge dans les établissements de santé

- Arrêté du 7 janvier 1997 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé (JO n°9 du 11 janvier 1997, p. 496 (\*\*))
- Circulaires DH/DAS n° 93-33 du 17 septembre 1993 (BO 93/42) et n° 95-08 du 21 mars 1995 (BO 95/16) relatives à l'accès aux soins des personnes les plus démunies
- Circulaire DH/AF1/97/n°29 du 17 janvier 1997 de mise en œuvre de l'arrêté du 7 janvier 1997 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé pris en application de l'article L.710-1-1 du code de la santé publique (article L.1112-2 nouveau de ce même code) (BO 97/5)
- Circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 n°98-736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies (BO 99/1) (\*\*)

**Annexe à la circulaire no DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90  
du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées  
et comportant une charte de la personne hospitalisée**

- Circulaire N° DH/AF1/99/18 du 14 janvier 1999 relative aux chambres mortuaires des établissements de santé (\*\*)
- Circulaire DHOS/O1/2003/195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences (BO 2003/20) (\*\*)
- Circulaire N°DHOS/SDE/E1/2004/471 du 4 octobre 2004 relative à la convention définissant les conditions d'intervention des associations de bénévoles dans les établissements de santé et comportant une convention type (BO 2004/43) (\*\*)
- Circulaire DHOS/E2/DGS/SD5C/2004/21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé (BO 2004/6) (\*\*)
- Arrêté du 9 janvier 2006 modifiant l'arrêté du 19 avril 1994 fixant la liste des instances mentionnées à l'article L.225-8 du code du travail, relatif au congé de représentation en faveur des associations relevant du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville

**Textes relatifs aux soins**

- Circulaire DGS/DH n° 94-3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et à la prise en charge des douleurs chroniques (BO 94/5)
- Circulaire DGS/SQ2/DH/EO4 98-47 du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle (BO 98/9) (\*\*)
- Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/2002/98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs (BO 2002/12) (\*\*)
- Circulaire DHOS/E2/2002/266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé (BO 2002/21) (\*\*)

**Textes relatifs à l'information de la personne hospitalisée et de ses proches**

- Recommandations pour la pratique clinique « Information des patients, recommandations destinées aux médecins », ANAES, mars 2000 [www.anaes.fr/](http://www.anaes.fr/)
- Circulaire DGS/DHOS/E2 n° 645 du 29 décembre 2000, relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé (BO 2001/3) (\*\*)

**Textes relatifs à l'accès aux informations contenues dans les dossiers administratifs et médicaux**

- Arrêté du 1<sup>er</sup> octobre 2001 relatif aux conditions de fixation et de détermination du montant de frais de copie d'un document administratif (JO n° 228 du 2 octobre 2001) (\*)
- Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès (JO n° 65 du 17 mars 2004) (\*)

**Textes relatifs au consentement spécifique pour certains actes**

- Arrêté du 27 novembre 1991 autorisant le traitement informatisé des dossiers médico-économiques et épidémiologiques de l'immunodéficience humaine dans les centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine et autres établissements hospitaliers (JO du 17 janvier 1992) (\*)
- Arrêté du 22 décembre 2003 modifiant l'arrêté du 27 décembre 1991 autorisant le traitement informatisé des dossiers médico-économiques et épidémiologiques de l'immunodéficience humaine dans les centres d'informations et de soins de l'immunodéficience humaine et autres établissements hospitaliers (JO n° 38 du 14 février 2004) (\*)

- Circulaire n° 684 bis du 28 octobre 1987 relative au dépistage du virus immunodéficience humaine auprès des malades hospitalisés (BO 87/46)

- Circulaire DGS/DHOS/ n° 2001-467 du 28 septembre 2001, relative à la mise en œuvre des dispositions de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (BO 2001/43) (\*\*)

#### **Texte relatif à la liberté individuelle**

- Circulaire DGS/SP n° 48 du 9 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjour des malades hospitalisés pour troubles mentaux (BO 93/35)

#### **Texte relatif au respect de la personne et de son intimité**

- Circulaire n° DHOS/G/2005/n° 57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé (BO 2005/2) (\*\*)

#### **Textes relatifs au droit à la vie privée et à la confidentialité**

- Circulaire DGS/DH n° 83-24 du 1<sup>er</sup> août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants (BO, fascicule spécial 83/9 bis)
- Circulaire DH/EOG/98 n° 688 du 23 novembre 1998 relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie (BO 98/50) (\*\*)
- Circulaire DHOS/O1/2003/195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences (BO 2003/20) (\*\*)
- Circulaire DHOS/SDO2003/238 du 20 mai 2003 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences (BO 2003/26) (\*\*)
- Circulaire DHOS/O1/DGS/DGAS/2004/21 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent (BO 2004/52) (\*\*)



## Index

- accès – pages 3, 4, 6, 7, 15, 16, 17, 19, 20, 21  
accident – page 17  
accompagnement – pages 3, 4, 5, 16, 21  
accueil – pages 1, 3, 4, 5, 14, 16, 17, 19, 20, 22  
administratif – pages 16, 17, 18, 20, 21  
administrative – pages 4, 14, 15, 17, 19  
admission – pages 3, 5, 8, 13  
agence de la biomédecine – page 9  
agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) – page 11  
aide médicale – page 3  
alternative – pages 6, 11  
amiable – pages 17, 19  
anonymat – page 15  
arrêt – page 17  
arrêté – pages 1, 20, 21  
assistance éducative – page 9  
assistance médicale à la procréation – page 9  
assistante sociale – page 4  
association – pages 3, 11, 20, 21  
assurance maladie – pages 3, 6  
attestation – page 13  
autorité parentale – pages 8, 9  
avis – pages 6, 7, 8, 10, 11, 16, 17  
ayants droit – pages 6, 16, 17, 19  
bénéfice – pages 5, 9, 11, 12, 19  
bénévole – pages 5, 5, 14, 20, 21  
biomédicale – pages 11, 12, 19  
blessés – page 5  
commission d'accès aux documents administratifs (CADA) – page 16  
cellule – pages 9, 10  
cellules hématopoïétiques – page 9  
chambre – page 15  
chambre funéraire – page 5  
chambre mortuaire – page 5  
charte – pages 19, 20  
choisir – pages 3, 19  
circulaire – pages 1, 5, 10, 20, 21, 22  
comités de protection des personnes – page 11  
commission – pages 16, 17, 19  
communication – pages 3, 6, 11, 12, 15, 17  
communiquer – page 13  
compétence – page 6  
compréhension – pages 3, 6  
conciliation – page 17  
connaissances scientifiques – pages 5, 7  
consentement – pages 3, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 16, 19, 21  
consolidation – page 17  
consultation – pages 1, 7, 14  
continuité des soins – pages 5, 15  
contrat d'engagement contre la douleur – pages 1, 5  
convaincre – page 7  
convention – pages 3, 21  
conviction – page 14  
cousin germain – page 9  
cousine germaine – page 9  
croyance – pages 14, 19  
commission des relations avec les usagers (CRU) – page 17  
curatelle – pages 10, 11  
curatif – page 5  
danger – pages 7, 8, 13  
décennale – page 18  
décès – pages 5, 6, 9, 16, 17, 19  
décret – page 1  
défunt – pages 5, 6  
délai – pages 1, 5, 7, 10, 14, 18  
démarcheur – page 15  
dépistage – pages 10, 19, 22  
dépouille – page 5  
détention – page 13  
détérioration – page 15  
diagnostic – pages 5, 6, 7, 9, 11, 17  
diagnostic prénatal – page 9  
dignité – page 7  
directeur – pages 5, 15  
directives anticipées – pages 7, 8, 19  
discrimination – page 3  
document – pages 1, 8, 10, 11, 13, 16, 17, 21  
dommage – pages 17, 18  
donnée – pages 6, 8, 10, 11, 12, 15, 17, 19  
données nominatives – page 12  
dossier médical – pages 7, 8, 16  
douleur – pages 1, 5, 7, 19, 21  
éclairé – pages 7, 9  
éducation – page 6  
égards – pages 14, 19  
enfant – pages 3, 4, 5, 8, 15, 20, 22  
exprès – pages 15, 16  
famille – pages 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 20, 21  
femmes enceintes – pages 5, 11  
fichier – pages 12, 16, 20  
fin de vie – pages 5, 7, 8, 19  
formation – pages 4, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 21  
frais de séjour – pages 5, 6  
frère – page 9  
griefs – pages 17, 19  
handicap – pages 3, 10, 19  
hébergement – page 5  
impossibilité – pages 6, 7, 8, 9, 10  
indemnisation – pages 12, 17  
information – pages 4, 6, 8, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 19, 21

- informatique – pages 10, 12, 16, 20  
 informer – pages 6, 7  
 intégrité corporelle – pages 7, 8  
 intérêt – pages 10, 18  
 interprète – pages 1, 3  
 interruption – pages 7, 9, 10, 11, 22  
 interruption volontaire de grossesse – pages 9, 22  
 intimité – pages 14, 15, 19, 22  
 investigation – pages 5, 6, 7  
 journaliste – page 15  
 juge aux affaires familiales – page 8  
 juge des tutelles – pages 8, 10  
 juridiction – page 17  
 lait – page 10  
 liberté – pages 12, 13, 14, 20, 22  
 libre – pages 3, 7, 8, 10, 19  
 libre choix – page 3  
 limitation – page 7  
 livret d'accueil – pages 1, 3, 16, 17, 20  
 loi – pages 1, 11, 15, 16, 19, 20, 21, 22  
 loyal – pages 6, 19  
 majeur – pages 6, 8, 9, 10, 11, 13, 19  
 maladies contagieuses – page 15  
 médecin investigateur – page 11  
 médecin traitant – pages 8, 11  
 mère – pages 11, 15  
 mineur – pages 6, 8, 9, 11, 13, 16  
 moelle osseuse – page 9  
 mort – pages 5, 6  
 neveu – page 9  
 nièce – page 9  
 nuisances – page 14  
 oncle – page 9  
 opposition – pages 6, 9  
 organe – pages 9, 10  
 palliatif – pages 5, 7, 21  
 père – page 15  
 permanence d'accès aux soins de santé – page 4  
 personne de confiance – pages 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11  
 personne démunie – pages 3, 19, 20  
 personne détenue – page 13  
 photographie – page 15  
 précarité – page 4  
 préjudice – pages 17, 19  
 prélèvement – pages 9, 10  
 prescription – pages 14, 18  
 prévention – pages 4, 5, 6, 7, 17  
 procédure collégiale – page 17  
 procédure judiciaire – page 15  
 proche – pages 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 17, 21  
 procureur de la République – pages 8, 9  
 produit du corps humain – pages 9, 19  
 pronostic – pages 4, 6, 7  
 prosélytisme – page 14  
 protection – pages 9, 10, 11, 13  
 protocole – pages 9, 10  
 psychologique – pages 5, 6  
 qualité – pages 1, 5, 11, 14, 17, 19  
 questionnaire de sortie – pages 1, 17  
 recherche – pages 9, 10, 11, 12, 19  
 recours – pages 3, 17, 18  
 réflexion – page 10  
 refus – pages 7, 8, 9, 11, 14, 15, 16, 19  
 règlement amiable – pages 17, 19  
 règlement intérieur – page 1  
 réitéré – page 10  
 religion – pages 3, 14  
 remboursement – pages 3, 6  
 rémunération – page 12  
 représentant – pages 6, 8, 9, 11, 15, 16, 17, 19  
 représentant légal – pages 8, 9, 16, 17  
 représentants légaux – pages 6, 16, 17, 19  
 responsabilité – pages 15, 17  
 révocable – pages 8, 9  
 rites funéraires – page 14  
 risque – pages 5, 6, 7, 8, 10, 11, 15, 19  
 secret – pages 6, 8, 9, 15  
 secret médical – page 6  
 sœur – page 9  
 soin – pages 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 14, 15, 17, 19, 20, 21  
 sortie – pages 1, 13, 17  
 souffrance – pages 5, 7  
 sperme – page 10  
 stérilisation – page 10  
 suivi scolaire – page 3  
 surveillance – page 5  
 tante – page 9  
 tiers – pages 6, 8, 13, 16  
 tissu – pages 9, 10  
 toilette – page 14  
 traitement – pages 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 19, 21  
 transmission – page 6  
 transport – page 5  
 tribunal administratif – page 18  
 tribunal de grande instance – page 9  
 tribunaux – pages 17, 19  
 troubles mentaux – pages 3, 13, 22  
 tutelle – pages 6, 8, 10, 11  
 tuteur – page 8  
 urgence – pages 1, 3, 6, 7, 9, 11, 19, 21, 22  
 vie – pages 5, 7, 8, 10, 15, 19, 22  
 vie digne – pages 5, 19  
 vie privée – pages 10, 15, 19, 22  
 virus – pages 10, 22  
 visiteur – pages 14, 15  
 volonté – pages 5, 6, 7, 8, 10, 11  
 vulnérabilité – page 15



Éditions Storm 06042 - Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - Direction générale de la santé 060000 Avril 2008.

## Annexe 2 – Liste des pôles et structures internes du CHU de Besançon Franche-Comté

| <b>LISTE DES PÔLES et STRUCTURES INTERNES<br/>Septembre 2011</b>    |  |
|---|--|
| <b>Nom du pôle</b>  | <b>Structures internes : services</b>  |
| <b>Pôle PIIC<br/>Investigation et Innovations<br/>Chirurgicales</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie</li> <li>- Chirurgie orthopédique, traumatologique, plastique</li> <li>- Chirurgie polyvalente</li> <li>- Chirurgie vasculaire – Médecine vasculaire</li> <li>- Chirurgie viscérale, digestive et oncologique – Unité de transplantation hépatique</li> <li>- Neurochirurgie et chirurgie de la douleur et du rachis</li> <li>- Ophtalmologie</li> <li>- ORL – Audiophonologie – Chirurgie cervico-faciale</li> <li>- Urologie et andrologie</li> </ul> |
| <b>Pôle LMSP<br/>Liaisons Médico–Socio–<br/>Psychologiques</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecine légale</li> <li>- Médecine pénitentiaire</li> <li>- Pathologies professionnelles</li> <li>- Psychiatrie de l'adulte</li> <li>- Psychiatrie infanto-juvénile</li> <li>- Service de santé au travail</li> </ul>  |
| <b>Pôle PAH<br/>Autonomie Handicap</b>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre d'évaluation et de traitement de la douleur – Soins palliatifs – PASS</li> <li>- Exploration et pathologies neuromusculaires</li> <li>- Gériatrie</li> <li>- Médecine physique et réadaptation</li> </ul>  |

|  |  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Neurologie 2</li> </ul>   |
| <b>Pôle PACTE</b><br><b>Pathologies aiguës et chroniques, transplantation, éducation</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dermatologie, maladies sexuellement transmissibles, allergologie et explorations cutanées</li> <li>- Diabétologie – Endocrinologie</li> <li>- Gastro-entérologie</li> <li>- Hépatologie</li> <li>- Maladies infectieuses et tropicales</li> <li>- Médecine interne – Unité Médicale Post-Accueil (UMPA)</li> <li>- Néphrologie</li> <li>- Neurologie 1</li> <li>- Rhumatologie</li> </ul> |
| <b>Pôle Biologie et Anatomie pathologique</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anatomie pathologique</li> <li>- Bactériologie</li> <li>- Biochimie médicale</li> <li>- Centre de génétique humaine</li> <li>- Génétique biologique, histologie, biologie du développement et de la reproduction</li> <li>- Hygiène hospitalière</li> <li>- Parasitologie et mycologie</li> <li>- Pharmacologie clinique et toxicologie</li> <li>- Virologie</li> </ul>                   |
| <b>Pôle Urgences – SAMU – Réanimation médicale</b>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réanimation médicale</li> <li>- SAMU</li> <li>- Urgences adultes</li> </ul>   |
| <b>Pôle Anesthésie – Réanimation chirurgicale</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anesthésie</li> <li>- Coordination des prélèvements</li> <li>- Réanimation chirurgicale</li> </ul>  |
| <b>Pôle Cancérologie</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hématologie</li> <li>- Oncologie médicale</li> <li>- Radiothérapie</li> </ul>   |

|  |  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Neurologie 2</li> </ul>   |
| <b>Pôle PACTE</b><br><b>Pathologies aiguës et chroniques, transplantation, éducation</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dermatologie, maladies sexuellement transmissibles, allergologie et explorations cutanées</li> <li>- Diabétologie – Endocrinologie</li> <li>- Gastro-entérologie</li> <li>- Hépatologie</li> <li>- Maladies infectieuses et tropicales</li> <li>- Médecine interne – Unité Médicale Post-Accueil (UMPA)</li> <li>- Néphrologie</li> <li>- Neurologie 1</li> <li>- Rhumatologie</li> </ul> |
| <b>Pôle Biologie et Anatomie pathologique</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anatomie pathologique</li> <li>- Bactériologie</li> <li>- Biochimie médicale</li> <li>- Centre de génétique humaine</li> <li>- Génétique biologique, histologie, biologie du développement et de la reproduction</li> <li>- Hygiène hospitalière</li> <li>- Parasitologie et mycologie</li> <li>- Pharmacologie clinique et toxicologie</li> <li>- Virologie</li> </ul>                   |
| <b>Pôle Urgences – SAMU – Réanimation médicale</b>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réanimation médicale</li> <li>- SAMU</li> <li>- Urgences adultes</li> </ul>   |
| <b>Pôle Anesthésie – Réanimation chirurgicale</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anesthésie</li> <li>- Coordination des prélèvements</li> <li>- Réanimation chirurgicale</li> </ul>  |
| <b>Pôle Cancérologie</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hématologie</li> <li>- Oncologie médicale</li> <li>- Radiothérapie</li> </ul>   |

|   |  |
|---|--|
| <b>Pôle PMCEA<br/>Médico-chirurgical de l'enfant<br/>et de l'adolescent</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgie pédiatrique</li> <li>- Médecine pédiatrique</li> <li>- Réanimation pédiatrique, néonatalogie<br/>et urgences pédiatriques</li> </ul>  |
| <b>Pôle Gynécologie Obstétrique</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gynécologie – Obstétrique</li> </ul>  |
| <b>Pôle Cœur-Poumon</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cardiologie</li> <li>- Chirurgie thoracique et cardiovasculaire</li> <li>- Explorations fonctionnelles – Physiologie</li> <li>- Pneumologie</li> </ul>  |
| <b>Pôle Imagerie</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Imagerie cardiaque et thoracique,<br/>sénologie<br/>et traitement de la douleur</li> <li>- Imagerie digestive et génito-urinaire</li> <li>- Imagerie ostéo-articulaire et musculo-<br/>squelettique</li> <li>- Médecine nucléaire, biophysique,<br/>isotopes</li> <li>- Neuroradiologie et radiologie vasculaire</li> </ul> |
| <b>Pôle Pharmaceutique</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pharmacie</li> </ul>  |

### Annexe 3 – La convention hospitalo-universitaire



## **Convention entre le Centre Hospitalier Régional de Besançon et l'Université de Franche-Comté**

**Convention constitutive du Centre Hospitalier Universitaire avec l'Unité de  
Formation et de Recherche Sciences Médicales et Pharmaceutiques**

**Entre d'une part,**

Le Centre Hospitalier Régional de Besançon - 2, place Saint-Jacques 25030 BESANCON Cedex, représenté par M. Patrice BARBEROUSSE, Directeur Général,

**Et d'autre part,**

L'Université de Franche-Comté, représentée par M. le Professeur Claude CONDE, Président, L'Unité de Formation et de Recherche de Sciences Médicales et Pharmaceutiques représentée par M. le Professeur Emmanuel SAMAIN, Doyen,

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L.6142-1 et suivants, et R.6142-1 et suivants,

Vu le code de l'éducation, notamment ses articles L.711-1, L.713-5 et L. 713-6,

Vu l'accord-cadre de partenariat entre les Centres Hospitaliers Universitaires de Dijon et de Besançon en date du 14 mai 2009,

Vu l'avis du conseil de l'Unité de Formation et de Recherche de Sciences Médicales et Pharmaceutiques en date du 6 septembre 2010,

Vu l'avis du Comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique en date du 4 juin 2010,

Vu l'accord du conseil d'administration de l'Université de Franche-Comté en date du 21 septembre 2010,

Vu la délibération du conseil de surveillance du Centre Hospitalier Régional de Besançon en date du 1<sup>er</sup> octobre 2010,

**Il est convenu et arrêté ce qui suit :****Préambule**

Le caractère universitaire du Centre Hospitalier Régional de Besançon se traduit par une association étroite avec l'Université de Franche-Comté et son Unité de Formation et de Recherche de Sciences Médicales et Pharmaceutiques.

Conformément à l'obligation prévue par l'article L.6142-3 du code de la santé publique, la présente convention qui annule et remplace celle conclue par les parties le 11 mars 1966 organise les relations entre l'Université de Franche-Comté (UFC) et le Centre Hospitalier Régional, constituant le Centre Hospitalier Universitaire de Besançon. Elle vise à renforcer la coordination des politiques des deux établissements dans le domaine de l'enseignement et de la recherche. Plus globalement, elle assure la cohérence des stratégies des deux établissements dans leurs domaines de partenariat.

## **Titre I - Dispositions générales - Définition et mise en œuvre des orientations stratégiques**

### **Article 1<sup>er</sup> : Objet de la convention**

La présente convention s'applique à l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) de sciences médicales et pharmaceutiques de l'Université de Franche-Comté et au Centre Hospitalier Régional de Besançon lié à cette UFR, et constitutifs, ensemble et conformément aux dispositions du code de la santé publique et du code de l'éducation, du Centre Hospitalier Universitaire de Besançon.

Font ainsi partie du Centre Hospitalier Universitaire de Besançon les services d'enseignement et de recherche relevant de l'Unité de Formation et de Recherche de Sciences Médicales et Pharmaceutiques de l'UFC, et les services cliniques et médico-techniques du Centre Hospitalier Régional de Besançon.

### **Article 2 : Coordination des orientations stratégiques**

Les parties s'engagent à harmoniser progressivement leurs stratégies, dans leurs domaines de coopération, telles qu'elles figurent :

dans l'cur proj et d'établissement respectif,

dans les contrats passés avec les autorités de tutelle respectives (contrat quadriennal pour L'Université de Franche-Comté, contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens pour le Centre Hospitalier Régional de Besançon).

Les deux établissements solliciteront réciproquement un avis sur leurs projets dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires. Cet avis portera sur les volets de ces projets relatifs à l'enseignement, aux soins, à la recherche et à l'innovation dans le domaine de la santé.

Les établissements publics scientifiques et technologiques (EPST) regroupés au sein de F Alliance AVIESAN et les autres organismes de recherche appelés à travailler en collaboration avec le Centre Hospitalier Régional et L'Université de Franche-Comté en seront informés.

Le volet relatif à l'enseignement, à la recherche et à l'innovation du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens du Centre Hospitalier Régional de Besançon et les stipulations relatives à la recherche biomédicale et en santé publique du contrat d'établissement pluriannuel de l'Université de Franche-Comté, feront l'objet d'un avis du Comité de la Recherche en matière Biomédicale et de Santé Publique (CRBSP).

Dans la mesure du possible, les parties à la convention se fixent pour objectif d'harmoniser les calendriers d'exécution de leurs projets d'établissement. A ce titre, elles conviennent des modalités de reconduction de la présente convention ainsi que d'une clause d'évaluation visant à dresser le bilan de son exécution et, le cas échéant, à procéder à sa révision.

### **Article 3 : Axes stratégiques de développement**

L'Université de Franche-Comté et son Unité de Formation et de Recherche de Sciences Médicales et Pharmaceutiques, et le Centre Hospitalier Régional s'engagent à coordonner leurs politiques de développement selon les axes suivants :

#### ***3-1 - La prospective hospitalo-universitaire et V attractivité médicale :***

Les parties conviennent de procéder à la prospective hospitalo-universitaire en identifiant de manière coordonnée les priorités tant pour les charges d'enseignement que pour la couverture hospitalo-universitaire des disciplines médicales et pharmaceutiques.

Le maintien de cette couverture et son extension aux disciplines n'en disposant pas encore constituent une priorité.

Les parties identifient par ailleurs comme une priorité la définition d'orientations stratégiques relatives aux profils et à la mobilité des personnels hospitalo-universitaires.

Afin de mettre en œuvre cette coordination, il est mis en place une commission de prospective hospitalo-universitaire associant des représentants du Centre Hospitalier Régional et de l'Unité de Formation et de Recherche de Sciences Médicales et Pharmaceutiques.

#### ***3-2 - La formation :***

Les objectifs de formation prennent en compte l'évolution de la démographie médicale, l'évolution des besoins de santé de la population, l'évolution du nombre et de la nature des sites de formation médicale appliquée, le développement professionnel continu.

S'agissant de l'organisation des stages des étudiants et internes de médecine et de pharmacie au sein des services du Centre Hospitalier Régional, une coordination est assurée entre les services de l'Unité de Formation et de Recherche de Sciences Médicales et Pharmaceutiques et du Centre Hospitalier Régional en charge de la gestion de ces stages.

En ce qui concerne les formations des professionnels de santé paramédicaux et des sages-femmes, les parties s'engagent à prendre en compte de manière coordonnée l'intégration de ces formations dans le cadre du LMD, selon leurs compétences respectives en ce domaine, dans le cadre des dispositions prévues en la matière. La coordination est mise en œuvre par l'Unité de Formation et de Recherche de Sciences Médicales et Pharmaceutiques et la direction du Centre Hospitalier Régional, notamment dans le cadre du Groupement de Coopération Sanitaire régional constitué pour regrouper les établissements gestionnaires d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers.

#### ***3-3 La recherche :***

Les parties souhaitent renforcer la visibilité des activités de recherche dans le domaine de la santé, conforter et optimiser l'utilisation de leurs ressources respectives, et promouvoir les projets de recherche fédérateurs et les interfaces entre les différents domaines de recherche.

La présente convention couvre les domaines d'actions suivants :

1 - la définition des principales orientations et priorités assignées aux recherches dans le domaine de santé menées conjointement, en association le cas échéant avec les EPST et les autres organismes de recherche dans le respect des attributions du CRBSP pour la définition de ces orientations ;

2 - la structuration et l'organisation de la recherche, notamment les modalités de participation des personnels hospitalo-universitaires et hospitaliers aux activités de recherche de l'Université de Franche-Comté, au sein d'équipes de recherche communes, ceci définissant le Centre Hospitalier Universitaire comme opérateur de recherche ;

3 - les missions communes de recherche, d'expertise et d'enseignement dans un cadre de coopération élargie à d'autres établissements de santé dans la continuité des politiques de santé, notamment les pôles régionaux et interrégionaux, et dans le cadre des dispositions de l'article L. 6142-5 du code de la santé publique ;

3- les modalités de fonctionnement des plateformes de recherche, y compris les moyens répartis entre les partenaires ;

4- la valorisation des activités de recherche est conjointement gérée selon les principes et modalités définis par une annexe spécifique à la présente convention, et comprend notamment les publications produites conjointement intégrées dans les outils bibliométriques de F Université de Franche-Comté et du Centre Hospitalier Régional, les dépôts de brevets et toutes les règles de propriété intellectuelle.

### **3-4 - La coopération :**

Le Centre Hospitalier Universitaire sera associé à la définition du volet santé du Pôle de Recherche et d'Enseignement Supérieur Bourgogne Franche-Comté, en cohérence avec l'accord-cadre conclu entre le Centre Hospitalier Universitaire de Besançon et le Centre Hospitalier Universitaire de Dijon, et les deux Universités de Bourgogne et de Franche-Comté.

Les parties souhaitent développer leurs coopérations communes avec les établissements publics scientifiques et technologiques, ainsi qu'avec d'autres universités ou avec d'autres centres hospitaliers universitaires notamment dans le cadre de l'interrégion Grand Est.

### **3-5- L'évaluation :**

Les parties identifient comme prioritaire la mise en place coordonnée des méthodes d'évaluation des missions d'enseignement, de soins et de recherche, les échanges internationaux, les actions de communication et de labellisation.

L'évaluation des activités de recherche et d'enseignement selon les principes et modalités définis au niveau national, et conduite par l'Agence d'évaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur, sera assurée de manière concertée.

### **3-6- Autres actions :**

Outre ces axes principaux, des actions conjointes pourront porter sur :

- La mutualisation de fonctions logistiques :

Les parties s'engagent à identifier les ressources logistiques susceptibles d'être mutualisées, notamment en ce qui concerne la gestion et l'accès à la documentation scientifique.

- Les conditions de travail, la santé et la sécurité des personnels hospitalo-universitaires :

Des actions conjointes pourront être mises en œuvre en matière de prévention et de promotion de la santé, de protection de l'environnement, de prévention des risques professionnels.

- L'identification conjointe des moyens matériels mis à disposition, lorsque cela est possible, pour la mise en œuvre des projets de recherche validés.

### **Article 4 : Modalités de coordination**

Elles reposent sur une organisation permanente et sur des réunions formelles de coordination.

#### ***- Organisation permanente :***

L'organisation permanente est fondée sur la représentativité du domaine santé au sein des institutions de l'Université de Franche-Comté, ainsi que sur la désignation par le Président de l'Université de Franche-Comté et en coordination avec le Directeur Général du Centre Hospitalier Régional, d'un représentant hospitalo-universitaire en qualité de Vice-Président de l'Université délégué aux relations avec le CHLJ.

Le Vice-Président délégué seconde les actions du Directeur de l'Unité de Formation et de Recherche et participe à titre consultatif aux institutions et commissions de l'Unité de Formation et de Recherche de Sciences Médicales et Pharmaceutiques.

Le Directeur de l'Unité de Formation et de Recherche est membre de la Commission Médicale d'Etablissement du Centre Hospitalier Régional. Le Vice-Président de l'Université délégué aux relations avec le CHU est invité à la Commission Médicale d'Etablissement du Centre Hospitalier Régional en tant que de besoin.

Le Directeur Général du Centre Hospitalier Régional ou son représentant est membre du Conseil de gestion de l'Unité de Formation et de Recherche, et invité au Conseil d'administration de l'Université de Franche-Comté en particulier pour les questions impliquant le Centre Hospitalier Régional, en tant que de besoin.

#### ***- Réunion de coordination :***

Afin de mettre en œuvre les actions permettant de répondre aux objectifs définis à l'article 3 de la présente convention, une réunion de coordination est organisée au moins une fois par an. Sans préjudice des compétences du CRBSP, elle permet d'examiner les priorités relatives aux axes retenus en matière d'enseignement et de recherche, et de formaliser pour ces différents axes un plan d'actions.

Participent à ces réunions :

- le Président de l'Université de Franche-Comté ou son représentant, et le Directeur de FUFM de médecine et de pharmacie ou son représentant,
- le Directeur Général du Centre Hospitalier Régional de Besançon ou son représentant, et le Président de la Commission Médicale d'Etablissement du Centre Hospitalier Régional ou son représentant,
- le Vice-Président de la Commission Scientifique de L'Université de Franche-Comté,
- le Vice-Président de l'Université de Franche-Comté délégué aux relations avec le CHU,
- le Vice-Président du directoire du Centre Hospitalier Régional en charge de la recherche,
- le Secrétaire Général de l'Université de Franche-Comté,
- le Responsable Administratif de l'UFR de médecine et de pharmacie,
- le Président de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'innovation du Centre Hospitalier Régional,
- le(s) Directeur(s) en charge des affaires médicales, de la recherche et des relations avec l'université au Centre Hospitalier Régional.

Les réunions de coordination préparent, pour les domaines qui le concernent, celles du CRBSP. Le CRBSP valide les thématiques de recherche.

Elles permettent d'examiner toute difficulté relative à la mise en œuvre de la présente convention et de ses annexes. Elles sont préparées par les services respectifs de L'Université de Franche-Comté et du Centre Hospitalier Régional qui proposent conjointement au Président de l'Université et au Directeur Général du Centre Hospitalier Régional un ordre du jour, ainsi que la participation éventuelle d'experts ou de collaborateurs invités. Un relevé de conclusions de chaque réunion est rédigé en commun par les parties et soumis à l'approbation du Président de L'Université et du Directeur Général du Centre Hospitalier Régional avant sa diffusion.

## **Titre II - Dispositions relatives aux personnels et aux étudiants**

### **Article 5 : Personnels hospitalo-universitaires**

Les personnels hospitalo-universitaires concernés par la présente convention sont ceux qui ont fait l'objet d'une nomination par arrêté ministériel fixant les effectifs des personnels hospitaliers et universitaires titulaires, ainsi que les personnels hospitalo-universitaires temporaires du Centre Hospitalier Universitaire, affectés à l'Unité de Formation et de

Recherche de Sciences Médicales et Pharmaceutiques de l'Université de Franche-Comté et au Centre Hospitalier Régional de Besançon.

Ils constituent les personnels des différentes équipes de recherche communes entre L'Université de Franche-Comté, le Centre Hospitalier Régional et les EPST.

L'insertion des personnels hospitalo-universitaires titulaires dans une équipe de recherche labellisée constitue un objectif prioritaire.

La liste des équipes et de leurs membres hospitalo-universitaires est définie à l'occasion de chaque contrat quadriennal.

#### **Article 6 : Autres personnels hospitaliers médicaux et pharmaceutiques**

Les praticiens hospitaliers peuvent participer aux activités de formation et de recherche organisées par les pôles ou structures médicales où ils sont affectés.

Dans le cadre du contrat quadriennal liant L'Université de Franche-Comté à FEtat, des praticiens hospitaliers du Centre Hospitalier Régional peuvent, nommément, appartenir à des équipes de recherche labellisées. Le CRBSP est informé de cette contribution à la recherche et est destinataire de la liste des personnels concernés.

L'Unité de Formation et de Recherche de Sciences Médicales et Pharmaceutiques peut nommément désigner des praticiens hospitaliers chargés plus spécifiquement de la formation des étudiants hospitaliers, reconnus dans ce cas comme chargés de cours ou attachés d'enseignement par l'Unité de Formation et de Recherche.

#### **Article 7 : Autres personnels**

Des personnels de L'Université de Franche-Comté - enseignants-chercheurs ou IATOS - sont susceptibles d'exercer tout ou partie de leur activité dans des locaux relevant du Centre Hospitalier Régional. Ces personnels ont vocation à renforcer les équipes de recherche communes dans le domaine de la santé.

Des personnels de l'Université de Franche-Comté, dans le respect des règles de cumul d'emploi et de rémunération applicables à L'Université, peuvent être recrutés sous contrat par le Centre Hospitalier Régional pour la mise en œuvre de projets de recherche ciblés et validés, après avis du Président de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'innovation.

Dans le cadre fixé par le contrat quadriennal liant L'Université de Franche-Comté à F Etat, des personnels non médicaux du Centre Hospitalier Régional peuvent, nommément, appartenir à des équipes de recherche communes labellisées, en accord avec la direction du Centre Hospitalier Régional. Le CRBSP est informé de cette contribution à la recherche et est destinataire de la liste des personnels concernés.

La liste des personnels mentionnés aux alinéas précédents est établie conjointement par les services du Centre Hospitalier Régional et de L'Université de Franche-Comté.

### **Article 8 : Etudiants de 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> cycle**

Les étudiants en médecine de 1<sup>er</sup> ou de 2<sup>e</sup> cycle sont accueillis dans les terrains de stage hospitalo-universitaires définis par les instances hospitalières et universitaires compétentes, et à ce titre doivent remplir leurs obligations réglementaires. L'Unité de Formation et de Recherche de Sciences Médicales et Pharmaceutiques et le Centre Hospitalier Régional se coordonnent afin de permettre aux étudiants de remplir ces obligations.

La liste nominative des étudiants affectés à chaque terrain de stage est transmise à chaque choix de stage à la direction du Centre Hospitalier Régional par le Directeur de l'Unité de Formation et de Recherche de Sciences Médicales et Pharmaceutiques.

La Direction des Soins du Centre Hospitalier Régional a en charge d'organiser avec les responsables universitaires désignés par le Directeur de l'Unité de Formation et de Recherche de Sciences Médicales et Pharmaceutiques, pour les étudiants en médecine, le stage obligatoire de soins infirmiers prévu par l'arrêté du 18 mars 1992.

### **Article 9 : Etudiants de 3<sup>e</sup> cycle de médecine et de pharmacie**

Les étudiants de 5<sup>e</sup> année de pharmacie sont accueillis dans les terrains de stage hospitalo-universitaires et éventuellement hospitaliers, définis par les instances universitaires et hospitalières compétentes.

Les internes inscrits en Diplôme d'Etudes Spécialisées et en Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires et les étudiants étrangers de 3<sup>e</sup> cycle sont accueillis pour leurs stages dans les pôles, services et structures médicales dont la liste est actualisée après agrément de la commission de subdivision pour les internes en médecine, ou de la commission interrégionale d'agrément pour les internes en pharmacie.

Ils sont affectés dans les pôles, services ou structures médicales du Centre Hospitalier Régional, semestriellement, lors de la commission de choix tripartite (autorité sanitaire régionale, Centre Hospitalier Régional, Unité de Formation et de Recherche) pour les internes en médecine et lors de la commission interrégionale pour les internes en Pharmacie.

La liste nominative des étudiants affectés dans les terrains de stage du Centre Hospitalier Régional est transmise après le choix des stages à la direction du Centre Hospitalier Régional et à l'Unité de Formation et de Recherche.

Les doctorants de l'Université de Franche-Comté peuvent être accueillis dans les équipes communes de recherche.

Dans le cadre de la présente convention, le Centre Hospitalier Régional et l'Unité de Formation et de Recherche de Sciences Médicales et Pharmaceutiques favorisent la mobilité des étudiants et des internes, tant dans le cadre interrégional que dans le cadre européen et international.

#### **Article 10 : Règlement intérieur applicable aux personnels**

Les parties à la convention s'engagent à faire respecter par les personnels placés sous leur autorité les dispositions législatives et réglementaires en vigueur et les règles applicables dans les locaux dépendant de l'autre partie, notamment les prescriptions relevant de l'hygiène et de la sécurité.

Pour ce qui concerne plus particulièrement l'exercice dans les locaux du Centre Hospitalier Régional, l'Université prend toutes mesures utiles afin que les activités de ses personnels se déroulent sans nuisance ni désagrément pour les malades, les visiteurs et le personnel hospitalier. Elle exerce une vigilance particulière pour que son personnel ou ses étudiants ayant des contacts avec les usagers du Centre Hospitalier Régional portent la plus grande attention au respect des droits des patients tels qu'ils ressortent du Code de la santé publique et du règlement intérieur de l'établissement. Des actions de sensibilisation et d'information pourront être menées conjointement par l'Université et le Centre Hospitalier Régional, en particulier à destination des étudiants.

#### **Article 11 : Mise à disposition de personnels**

Dans le cas de la mise à disposition de personnels entre les parties à la convention, celle-ci s'effectuera dans les conditions fixées par les textes en vigueur et fera l'objet d'une convention spécifique définissant les modalités de remboursement des salaires, charges et indemnités des personnels concernés.

### **Titre III- Dispositions relatives aux locaux et aux moyens matériels et logistiques**

#### **Article 12 : Moyens matériels et logistiques des équipes de recherche communes**

Les moyens logistiques et matériels mis à disposition des équipes de recherche par les différents partenaires contribuent à l'exécution de leurs missions. Ces moyens sont constitués en particulier des plateformes et plateaux techniques, dont les conditions d'accessibilité sont définies par voie conventionnelle, dans le cadre de la mise en œuvre de projets de recherche identifiés et validés.

Chaque partenaire contribuant à la constitution des équipes de recherche communes détermine les moyens alloués selon ses modalités propres, et en informe les autres partenaires.

#### **Article 13 : Nature des locaux**

Les locaux affectés à l'enseignement et à la recherche sont destinés à permettre aux enseignants, aux personnels hospitalo-universitaires concernés et aux chercheurs d'y exercer leurs activités d'enseignement, de formation et de recherche, et aux étudiants d'y suivre leur formation. Ces locaux sont identifiés dans une annexe à la présente convention.

Ces locaux sont soit des locaux appartenant au Centre Hospitalier Régional de Besançon mis à disposition de L'Université de Franche-Comté, soit des locaux appartenant à L'Université de Franche-Comté ou à F Etat dont L'Université de Franche-Comté est gestionnaire et affectataire

#### **Article 14 : Modalités de gestion des locaux**

Chacune des parties pour ce qui la concerne assure les charges liées à F exploitation des locaux dont elle est propriétaire.

#### **Article 15 : Dispositions financières relatives aux locaux**

Les locaux dont le Centre Hospitalier Régional est propriétaire et mis à disposition de L'Université de Franche-Comté, listés en annexe à la présente convention, sont utilisés à titre gracieux pour les parties d'enseignement.

Pour les activités de recherche, les locaux sont valorisés au titre de la contribution aux équipes de recherche communes.

### **Titre IV - Dispositions**

#### **diverses Article 16 : Conventions particulières**

Toutes autres dispositions que celles prévues par la présente convention et qu'il apparaîtrait nécessaire de prendre seront traitées dans le cadre de conventions particulières.

#### **Article 17 : Durée - Dénonciation - Révision**

La présente convention prend effet à compter de sa signature par les parties. Elle est conclue pour une durée de deux ans renouvelable par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une des parties, avec préavis de quatre mois. En cas de dénonciation, la demande de résiliation est notifiée à l'autre partie par lettre recommandée avec accusé de réception.

Toutefois, dans un souci de simplification, la présente convention s'appliquera, sauf dénonciation par l'une des parties, jusqu'au 31 décembre 2011 et sera ensuite renouvelée selon la périodicité prévue à l'alinéa précédent.

Afin de permettre aux deux parties de poursuivre le développement de leur partenariat en tenant compte des enseignements tirés de la mise en pratique de la présente convention, des bilans d'exécution prévus à l'article 4, des nouveaux projets, des priorités de leur futur projet d'établissement, elles s'engagent à réexaminer régulièrement l'ensemble des dispositions et à les adapter par voie d'avenants. En tout état de cause, conformément aux dispositions de l'article L.6142-3 du code de la santé publique, la présente convention fait l'objet d'une révision au moins tous les cinq ans.

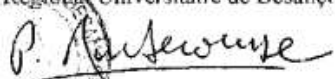
**Article 18 : Durée – Règlement des différends et litiges**

En cas de difficulté dans l'interprétation ou dans l'application de la présente convention, les parties s'engagent à régler leur différend dans le cadre des réunions du comité de coordination mentionné à l'article 4. A cet effet, le comité de coordination peut le cas échéant faire l'objet, à l'initiative d'un des signataires, d'une convocation exceptionnelle pour résoudre le litige.

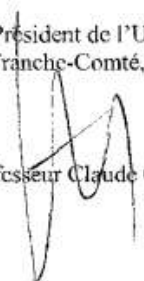
Si le différend ne peut être résolu par le comité de coordination, il est soumis à la commission prévue à l'article L.6142-11 du code de la santé publique.

A défaut de règlement par les procédures amiables prévues aux alinéas précédents, les différends et litiges seront le cas échéant, en tout dernier ressort, soumis au tribunal administratif

A Besançon, le 2 octobre 2010

Le Directeur Général du Centre Hospitalier  
Régional Universitaire de Besançon,  
  
Patrice BARBEROUSSE

Le Président de l'Université  
de Franche-Comté,

  
Professeur Claude CONDE



Le Directeur de l'Unité de Formation et de Recherche  
de Sciences Médicales et pharmaceutiques

  
Professeur Emmanuel SAMAIN



## Annexe 4 – Le protocole d'exercice du droit syndical

|   |   |                        |
|---|---|------------------------|
|  | <b>PROTOCOLE D'EXERCICE DU DROIT SYNDICAL</b> | Version 1<br>Mars 2013 |
|---|---|------------------------|

Conclu entre Monsieur Barberousse Directeur Général du CHRU

Et les organisations syndicales suivantes :

- L'organisation syndicale CFDT représentée par Monsieur Vincent Maubert
- L'organisation syndicale CGT représentée par Mlle Pascale Letombe
- L'organisation syndicale FO représentée par Mme Nadia Hiebous
- L'organisation syndicale SUD SANTE représentée par Mme Nicole Rueff
- L'organisation syndicale UNSA représentée par Mr Gabriel Charbonnier

En application du :

- décret n°86-660 du 19 mars 1986 modifié par le décret n°2012-736 du 9 mai 2012 relatif à l'exercice du droit syndical dans les établissements mentionnés à l'art 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière,
- décret n°88-676 du 6 mai 1988 relatif à l'attribution du congé pour formation syndicale dans la fonction publique hospitalière
- circulaire n°2012/435 du 26 décembre 2012 relative à l'exercice du droit syndical dans la fonction publique hospitalière
- articles L4611-1 à L4614-16 du code du travail.

**Vu l'avis du Comité Technique d'Etablissement en date du 12 avril 2013**

- |    |   |            |
|----|---|------------|
| 1. | Dispositions réglementaires relatives au droit syndical             | page 2 à 3 |
| 2. | Modalités de gestion de l'activité syndicale                        | page 3 à 5 |
| 3. | Conditions d'exercice des droits syndicaux                          | page 5 à 6 |
| 4. | Moyens matériels mis à la disposition des syndicats                 | page 6     |
| 5. | Utilisation du site intranet propre à chaque organisation syndicale | page 7     |

Annexes :

1. Décompte des absences pour motif syndical
2. Décompte du crédit global de temps syndical suite aux élections du 20 octobre 2011
3. Décompte du nombre d'agents pouvant bénéficier d'un congé pour formation syndicale

## Préambule

Les organisations syndicales déterminent librement leurs structures dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur. La direction de l'établissement est informée, en cas de création d'un syndicat ou d'une section syndicale, des statuts et de la liste des responsables de l'organisme syndical.

## 1- Dispositions réglementaires relatives au temps syndical

Conformément au décret sus-visé, un temps syndical est accordé aux différentes organisations syndicales.

### A. Au titre de l'article 13

Un même agent peut bénéficier au titre de l'article 13-2 d'un nombre de jours maximum fixé à :

- 10 jours par an dans le cas de participation aux congrès ou aux réunions des organismes directeurs des unions, fédérations ou confédérations de syndicats non représentés au conseil commun de la fonction publique
- Cette limite est portée à 20 jours par an dans le cas de participation aux congrès ou aux réunions des organismes directeurs des organisations syndicales internationales ou aux congrès et aux réunions des organismes directeurs des unions, fédérations ou confédérations de syndicats représentés au conseil commun de la fonction publique.

les représentants syndicaux mandatés pour participer aux congrès ou aux réunions statutaires des organismes directeurs d'organisations syndicales d'un autre niveau que ceux mentionnées à l'art 13-2 peuvent bénéficier d'autorisations d'absence imputées sur les crédits d'heures définis en application de l'art 16.

### B. Au titre de l'article 15

Les représentants syndicaux se voient accorder une autorisation d'absence lorsqu'ils sont appelés à siéger dans les instances suivantes :

- Réunions des assemblées délibérantes
- Réunions de certains organismes privés de coopération interhospitalière
- Séances des organismes du Conseil commun de la fonction publique et du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière
- Séances des comités techniques d'établissement, des commissions administratives paritaires locales et départementales
- Séances des commissions médicales d'établissement
- Séances du comité national et comités locaux du fonds pour l'insertion des personnels handicapés
- Séances des conseils d'administration des organismes de retraite, des organismes de sécurité sociale et des mutuelles

La durée comprend, outre les délais de route, une durée de temps égale au double de la durée prévisible de la réunion, destinée à permettre aux intéressés d'assurer la préparation et le compte rendu des travaux.

Bénéficient des mêmes droits, les représentants du personnel détenant un mandat de titulaire ou de suppléant dans les instances énumérées ci-dessus lorsqu'ils participent à des réunions ou des groupes de travail convoqués par l'administration ou l'autorité responsable.

La durée de ces autorisations est fixée par le tableau joint en annexe.

### C. Au titre de l'article 16

Un crédit global de temps syndical est déterminé à l'issue des élections professionnelles. Il est exprimé en effectifs décomptés en équivalent temps plein.

Les effectifs pris en compte pour le calcul de ce crédit global correspondent au nombre des électeurs inscrits sur les listes électorales pour l'élection au comité technique d'établissement.

Le crédit global de temps syndical est calculé conformément aux dispositions réglementaires.

Il est ensuite réparti entre les organisations syndicales compte-tenu de leur représentativité, appréciée de la manière suivante :

- la première moitié du crédit est répartie entre toutes les organisations syndicales représentées au CTE, en fonction du nombre de sièges qu'elles y ont obtenus
- l'autre moitié est répartie entre toutes les organisations syndicales ayant présentées leur candidature à l'élection du CTE proportionnellement au nombre de voix qu'elles ont obtenues.

Le crédit de temps syndical attribué est utilisé librement pour les besoins de l'activité syndicale et de la représentation des personnels auprès de l'autorité administrative.

**Le crédit de temps syndical est utilisable au choix de l'organisation syndicale, sous forme de décharges d'activité ou de crédits d'heures.**

### D. Au titre des articles L4611-1 à L4614-16 du code du travail

Un crédit d'heures est attribué aux membres titulaires et suppléants du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail, de 20 heures mensuelles. Les représentants syndicaux peuvent répartir entre eux les heures dont ils disposent. Ne sont pas comptés dans ce crédit d'heures, le temps des réunions et le temps consacré aux enquêtes menées en cas d'accident grave ou d'incidents répétés révélant un risque grave ou consacrées à la recherche de mesures préventives dans toute situation d'urgence ou de gravité.

Le crédit d'heures ne peut être reporté d'un mois sur l'autre.

## 2- Modalités de gestion de l'activité syndicale

### A. Les différentes absences pour motif syndical

#### ◆ Les autorisations spéciales d'absence au titre de l'article 13

Des autorisations spéciales d'absence au titre de l'article 13 sont accordées, **sous réserve des nécessités de service**, aux représentants des organisations syndicales mandatées pour assister aux congrès syndicaux ainsi qu'aux réunions des organismes directeurs dont ils sont membres élus conformément aux dispositions des statuts de leur organisation. Les agents susceptibles d'obtenir une autorisation spéciale d'absence devront avoir été désignés conformément aux dispositions des statuts de leur organisation et devront justifier du mandat dont ils auront été investis. Pour cela, ils devront adresser leur demande d'autorisation d'absence, appuyée de la convocation, à l'autorité investie du pouvoir de nomination.

Aucun agent ne peut s'absenter de son travail pour un motif syndical au titre de l'article 13 s'il n'y a pas été autorisé préalablement par le(la) directeur(trice) des ressources humaines, après avis du responsable d'encadrement dont il dépend.

L'agent souhaitant bénéficier d'une autorisation spéciale d'absence en fait la demande en utilisant l'imprimé de demande d'autorisation d'absence visé par le responsable syndical et l'adresse à la DRH – cellule contrôle de gestion sociale - sous couvert du cadre du service au moins 5 jours avant l'absence. Le cadre transmet le document au secrétariat de la DRH avec son avis 3 jours avant l'absence. Si l'avis est défavorable, il doit être motivé.

◆ **Les autorisations spéciales d'absence pour participer aux instances au titre de l'article 15 du décret du 19 mars 1986 modifié et des articles L4614-3 à 6 du code du travail**

Trois jours au moins avant la date de l'une ou de l'autre des réunions visées à l'article 15 du décret du 19 mars modifié, l'agent doit solliciter auprès de son supérieur hiérarchique l'octroi de l'autorisation spéciale d'absence correspondante qui ne pourra lui être refusée qu'en raison des nécessités du service.

En cas de non participation aux réunions autorisées, l'agent concerné en informe le cadre et la DRH – cellule contrôle de gestion sociale.

◆ **Le crédit de temps syndical au titre de l'article 16**

Le crédit de temps syndical est utilisable au choix de l'organisation syndicale, sous forme de décharges d'activité ou de crédits d'heures :

- les décharges d'activité sont exprimées sous forme de quotité annuelle de temps de travail
- les crédits d'heures sont exprimés sous forme d'autorisations d'absence exprimées en heures, réparties mensuellement.

Les organisations syndicales désignent les bénéficiaires des crédits de temps syndical parmi leurs représentants en activité dans l'établissement.

Elles doivent communiquer au directeur de l'établissement, la liste nominative des bénéficiaires en précisant les volumes de crédit de temps syndical répartis sous forme de décharges d'activité de service ou sous forme de crédits d'heures.

Toutefois, si la désignation d'un agent est incompatible avec la bonne marche du service, l'autorité administrative, après l'avis de la commission administrative paritaire, invite l'organisation syndicale à porter son choix sur un autre agent.

Le calcul et la répartition du crédit d'heures entre les différentes organisations syndicales est joint en annexe.

Le crédit d'heures peut être utilisé pour l'octroi d'autorisation d'absence, **sans que celle-ci nécessite une justification de la part de l'organisation syndicale titulaire du droit. Néanmoins, l'agent concerné doit solliciter une autorisation d'absence** auprès du directeur de l'établissement ou de son représentant, après avis du responsable du service, précisant la durée de l'absence sollicitée.

Le refus opposé au titre des nécessités du service doit être motivé par le directeur de l'établissement ou son représentant.

**B. Enregistrement du temps syndical dans le logiciel de gestion du temps de travail (chronos)**

Pour toutes les absences syndicales, les agents ne doivent pas badger. S'ils sont déjà en service, ils débadgent pour participer aux réunions syndicales ou aux instances (sauf courte participation aux CAPL et CAPD, temps imputé sur le temps de travail).

Toute absence syndicale prévue, en attente de l'accord du directeur(trice) des ressources humaines, est enregistrée dans le planning de l'agent par le cadre avec le code absence « SYN ». Ce code d'absence ne valide aucune heure.

Suite à l'accord du directeur(trice) des ressources humaines, le code « SYN » est remplacé suivant la nature de l'absence par un code, renseigné par la DRH – contrôle de gestion sociale - qui crédite le nombre d'heures autorisé à l'agent.

**Temps syndical au titre de l'article 13** : code « ASD » : le temps crédité est soit de 7h36 pour 1 journée d'absence, soit 3h48 pour ½ journée d'absence, soit le nombre d'heures d'absence pour une absence inférieure à ½ journée.

**Temps syndical au titre de l'article 15** : code « INS » : le temps crédité pour la préparation et la participation aux différentes instances est précisé en annexe. La liste d'émargement des instances est communiquée à la DRH – Cellule contrôle de gestion sociale

**Temps syndical au titre des crédits d'heures mensuelles de l'article 16 :**

code « ASA » : le temps crédité est soit de 7h36 pour 1 journée d'absence, soit 3h48 pour ½ journée d'absence, soit le nombre d'heures d'absence pour une absence inférieure à ½ journée.

**Temps syndical au titre des décharges d'activité de service de l'article 16 inférieures à un temps plein :**

code « DAS » : le temps crédité est soit de 7h36 pour 1 journée d'absence, soit 3h48 pour ½ journée d'absence, soit le nombre d'heures d'absence pour une absence inférieure à ½ journée.

**Les agents bénéficiant d'une décharge totale de service ne badgent pas.**

**C. Formation des représentants syndicaux**

Les membres du CTE et du CHSCT peuvent bénéficier d'une formation de cinq jours tous les 4 ans.

Le personnel peut bénéficier selon les nécessités de service d'une formation syndicale de douze jours par an organisée par l'un des centres ou instituts agréés par le ministre de la santé dans la limite de 5% des effectifs réels de l'établissement. Ces jours sont répartis par organisation syndicale en fonction des résultats aux élections professionnelles. (cf. tableau en annexe).

**D. Notation**

Lorsqu'un agent consacre la totalité de son activité à l'exercice syndical, la notation évolue dans les mêmes proportions que la note chiffrée moyenne d'un agent de même grade et de même échelon. Un entretien peut lui être proposé par la DRH.

**E. Protection des représentants syndicaux contre le risque d'accident de service**

La protection contre le risque d'accident de service des agents titulaires ou non titulaires qui bénéficient, au titre de leur activité syndicale, d'autorisations spéciales d'absence, de décharges partielles ou totales est assurée dès lors que l'autorisation a été donnée par la direction

### 3- Conditions d'exercice des droits syndicaux

**A. Collecte des cotisations syndicales**

Les cotisations syndicales peuvent être collectées dans l'enceinte des bâtiments mais en dehors des locaux ouverts au public, par les représentants des organisations syndicales qui ne sont pas en service ou qui bénéficient d'une décharge syndicale d'activité de service.

**B. Distribution des documents syndicaux**

Tout document, dès lors qu'il émane d'une organisation syndicale, peut être distribué dans l'enceinte de l'établissement sous les réserves suivantes :

- Cette distribution ne doit concerner que les agents de l'établissement ;
- L'organisation syndicale doit immédiatement communiquer un exemplaire du document pour information au chef de l'établissement et à la DRH ;
- La distribution ne doit pas porter atteinte au bon fonctionnement du service ;
- La distribution se déroule dans l'enceinte des bâtiments de l'établissement mais en dehors des locaux ouverts au public, à l'exception des selfs ;
- La distribution ne peut être assurée que par des agents de l'établissement qui ne sont pas en service ou qui bénéficient d'une autorisation spéciale d'absence ou d'un crédit de temps syndical ;
- La distribution de tract politique n'est pas autorisée

**C. Affichage des documents d'origine syndicale**

Ce droit est reconnu aux organisations syndicales ayant une section syndicale ou des élus dans l'établissement ainsi qu'aux organisations syndicales extérieures à l'établissement représentées au conseil supérieur de la fonction publique hospitalière.

Tout document doit pouvoir être affiché dès lors qu'il émane d'une organisation syndicale sur des panneaux prévus à cet effet et auxquels le public n'a pas accès. Le Directeur Général, s'il est avisé de cet affichage par la

transmission d'une copie du document affiché ou par la notification précise de sa nature et de sa teneur, ne peut s'opposer à son affichage hormis le cas où le document contrevient manifestement aux dispositions législatives relatives à la diffamation ou aux injures publiques.

L'affichage dans le hall d'accueil, dans les ascenseurs publics et au-dessus des badgeuses situées dans les services de soins, n'est donc pas autorisé.

#### **D. Réunions syndicales - Heure mensuelle d'information**

Sous réserve d'informer au préalable la DRH, les organisations syndicales représentatives dans l'établissement (disposant d'au moins 1 siège au CTE) peuvent tenir des réunions mensuelles d'information d'une heure auxquelles peuvent participer les agents durant leurs heures de service. Il est loisible à chaque organisation syndicale de regrouper ces heures par trimestre.

L'organisation de ces réunions doit être demandée une semaine au moins avant la date de la réunion. Réponse est faite au plus tard 48 heures avant. Un « info-cadres » est diffusé par la DRH.

Il n'est pas nécessaire pour les agents qui souhaitent assister à ces réunions de demander une autorisation d'absence syndicale. Si les agents sont en service, ils ne débadgent pas. Pour les agents en repos ou de nuit, une liste d'émargement devra être transmise à la DRH pour valider leur temps dans Chronos.

## **4- Moyens matériels mis à la disposition des syndicats**

#### **A. Fournitures de bureau – Affranchissement du courrier**

Les fournitures de bureau sont prises en charge dans la limite de 1000 Euros par an et par syndicat. L'affranchissement du courrier est pris en charge dans la limite de 500 Euros par an et par syndicat.

#### **B. Equipement téléphonique et prise en charge des frais de téléphone**

Chaque local syndical est équipé d'un combiné téléphonique numérique. Les communications téléphoniques sont prises en charge par le CHU dans une limite de 400 euros par an et par syndicat.

#### **C. Photocopieurs**

- Quota de 3500 photocopies par an
- Quota de 25000 copies par an à l'imprimerie.

#### **D. Panneaux syndicaux**

Les panneaux sont protégés par une vitre et fermés à clé. La Direction Générale s'engage à faire procéder à leur remise en état en cas de détérioration.

Les panneaux syndicaux sont installés sur les sites suivants (1 par site) : Hôpital Saint Jacques - Hôpital Jean Minjoz - Magasin (Terre rouge) - UPC - Blanchisserie – Crèche - IFPS.

#### **E. Matériel informatique**

Chaque local syndical est équipé de matériel de bureautique : ordinateur – imprimante scanner collective. Le renouvellement du matériel est prévu tous les cinq ans.

Observation : l'ensemble des moyens matériels mis à la disposition des syndicats peut faire l'objet d'ajustements ponctuels en période de préparation des élections destinées à renouveler les Commissions Administratives Paritaires Locales et Départementales.

## 5- Utilisation d'un espace intranet propre à chaque organisation syndicale

Le CHRU de Besançon autorise les organisations syndicales, représentées au sein de l'établissement, à créer et utiliser un site intranet sur le serveur de l'établissement.

Chaque organisation syndicale fera ensuite son affaire de la mise à jour de son site et de la publication des informations

Chaque organisation syndicale désignera un responsable du site qui sera l'interlocuteur de la Direction et du Service Informatique.

Chaque organisation syndicale s'engage à respecter les règles déontologiques liées à la publication de l'information (exactitude, absence de mise en cause personnelle à caractère infamant ou injurieux...) et à la charte informatique de l'établissement.

Chaque organisation syndicale sera responsable des informations publiées sur son site. Il s'agira d'informations à caractère permanent (organisation du syndicat, informations statutaires...), ainsi que des informations à caractère temporaire liées à l'actualité.

Par analogie aux informations écrites affichées ou distribuées dans l'établissement (article 9 et 10 du décret N°86-660 du 19 mars 1986), les informations publiées sur le site intranet seront transmises par e-mail à la Direction des Ressources Humaines, 24 heures avant leur envoi sur le réseau.

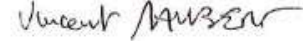
La Direction ne pourra s'opposer à cette publication « hormis le cas où le document contrevient manifestement aux dispositions législatives relatives à la diffamation et aux injures publiques ». (circulaire n°179 du 23 mars 1987).


Afin de préserver le caractère contradictoire de l'information, l'Administration pourra bénéficier d'un droit de réponse sur le site d'origine de l'information dans le but de corriger une information qui serait inexacte ou partielle.

Cette réponse pourra elle-même, à sa suite directe, faire l'objet d'un commentaire du responsable du site.


Le Directeur Général  
  
Monsieur Barberousse

Signé le :


Syndicat CFDT 

Syndicat CGT 

Syndicat UNSA 

Syndicat FO 

Syndicat Sud Santé

  
Gabriel CHARBONNIER

  
C. Puff