

REGLEMENT INTERIEUR

DU CENTRE HOSPITALIER SAINT NICOLAS

DE BAR-SUR AUBE

Septembre 2025

Sommaire

Préambule 1

Chapitre 1 - Présentation générale 2

Situation géographique 2
Organisation de l'établissement 2
Fonctionnement général 3
Les missions 5
Fonctionnement médical 5
Obligations 5
Santé Publique 5

Chapitre 2 – L'organisation administrative de l'établissement 6

Le Directoire 6

L'organe délibératif 8
Le Conseil de Surveillance 8

La gestion de l'établissement 9
Le Directeur Général 9
Le Directeur Délégué 9
La Directrice Adjointe 9
Organisation des astreintes de direction 9
Organisation des astreintes administratives et techniques 10
Le comptable 10

Les instances consultatives 10
La Commission Médicale d'Établissement (CME) 10

Les sous-commissions de la Commission Médicale d'Etablissement 12
Le Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (CSTH) 12
Le Comité de Lutte contre les Infections Associées aux Soins (CLIAS) 13
La Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS) 14
Le Comité de Liaison de l'Alimentation et de la Nutrition (CLAN) 14
Le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) 15
Le Comité Social d'Établissement (CSE) 16
Les Commissions Administratives Paritaires Locales et Départementale (CAPL et CAPD) 17
La Formation Spécialisée en matière de Santé, de Sécurité et de Conditions de Travail (F3SCT) 18
La Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médicotechniques (CSIRMT) 18
La Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médicotechniques Unifiée de Groupement (CSIRMTUG) 19
Le Conseil de la Vie Sociale (CVS) 20
La Commission des Usagers (CDU) 21
La Cellule d'Identitovigilance (CIV) 22
La Commission de Coordination Gériatrique (CCG) 23
Le Correspondant de Matériovigilance 24
Le Correspondant de Pharmacovigilance 24

Chapitre 3 – Dispositions particulières relatives aux services de Court Séjour et Soins Médicaux et de Réadaptation 25

Services de soins 25
Art. 1 - Les Médecins 25
Art.2 - La certification 25
Accueil et admissions des patients 26
Art.3 - Principe du libre choix du patient 26

Art.4 - Accueil des patients : Principe d'égalité d'accès 26
Art.5 - Droits et obligations 26
Art.6 - Livret d'accueil 26
Art.7 - Compétence du Directeur de l'hôpital en matière d'admission 27
Art.8 - Pièces à fournir au moment de l'admission 27
Art.9 - Admission des bénéficiaires de l'article L.115 du Code des pensions militaires, d'invalidité et des victimes de guerre 27
Art.10 - Relations avec les familles 27
Art.11 - Secret de l'hospitalisation 28
Art.12 - Sécurité transfusionnelle 28
Conditions de séjour du patient à l'hôpital 28
Art.13 - Service des repas 28
Art.14 - Autorisations de sortie 28
Art.15 - Visites 29
Art.16 - Effets personnels 29
Sortie des patients 29
Art.17 - Compétence du Directeur de l'hôpital en matière de sortie 29
Art.18 - Modalités de la sortie 29
Art.19 - Sortie contre avis médical 30
Art.20 - Sortie à l'insu du service 30
Frais de séjour 30
Art.21 - Principe du paiement 30
Art.22 - Tarifs des prestations 30
Art.23 - Forfait journalier 30
Art.24 - Paiement des frais de séjour 31
Art.25 - Prestations fournies aux accompagnants 31
Présentation de l'EHPAD 31
Art.26 - Signature d'un Contrat Pluri annuel d'Objectifs et de Moyens 31
Art.27 - Médecin Coordonnateur 32
Accueil et admissions des Habitants 33
Art.28 - Libre choix de la personne 33
Art.29 - Modalités de l'admission 33
Art.30 - Accueil 34
Art.31 - Livret d'Accueil 34
Art.32 - Frais de séjour 35
Art.33 - Information des personnes sur les conditions financières de l'hébergement 36
Vie de l'Habitant 36
Art.34 - Philosophie Humanitude 37
Art.35 - Respect des personnes 38
Art.36 - Projet de soins et projet d'accompagnement personnalisé 39
Art.37 - Relations avec les familles 39
Art.38 - Gestion des biens des majeurs protégés 40
Art.39 - Personnalisation des chambres 40
Art.40 - Entretien du linge 40
Art.41 - Repas 41
Art.42 - Menus 41
Art.43 - Absences et sorties 41
Art.44 - Organisation des soins 42
Art.45 - Animations 42

Chapitre 5 – Dispositions communes aux usagers des services de Médecine – Soins Médicaux et de Réadaptation – Hébergement (EHPAD) 43

L'organisation des soins 43
Art.46 - Service de Soins Infirmiers 43
Art.47 - Pharmacie 44
Art.48 - Laboratoire 44

Art.49 - Rééducation 44
Art.50 - Services socio-éducatifs 44
Art.51 - Autres intervenants 44
Information sur les soins 45
Art.52 - Consentement 45
Art.53 - Information du patient / de l'habitant 45
Art.54 - Dossier médical 45
Art.55 - Communication du dossier médical 45
Art.56 - Traitements informatiques 46
Art.57 - Personne de Confiance 46
Art.58 - Directives anticipées relatives à la fin de vie 47
Satisfaction et réclamations 47
Art.59 - Evaluation de la satisfaction 47
Art.60 - Réclamations et voies de recours 47
Dispositions relatives à la sécurité 47
Art.61 - Nature des règles de sécurité 47
Art.62 - Opposabilité des règles de sécurité 48
Sécurité générale 48
Art.63 - Accès à l'hôpital 48
Art.64 - Calme et tranquillité au sein de l'hôpital 48
Art.65 - Règles de responsabilité 48
Sécurité du fonctionnement 48
Art.66 - Recherche de la maîtrise des risques 48
Art.67 - Registre de sécurité 49
Art.68 - Interdiction de fumer 49
Art.69 - Circulation et stationnement automobiles 49
Vie sociale de l'Établissement 50
Art.70 - Règles générales 50
Art.71 - Associations de bénévoles 50
Art.72 - Accès des professionnels de la presse 50
Art.73 - Interdiction d'accès aux démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs 51
Art.74 - Courrier 51
Art.75 - Dépôt des sommes d'argent, des titres et valeurs, des moyens de règlement et des objets de valeur 51
Art.76 - Exercice des cultes 51
Art.77 - Recommandations aux visiteurs 51
Art.78 - Respect de la personne et de son intimité 52
Art.79 - Droits civiques 52
Art.80 - Interdiction des pourboires 52
Art.81 - Prestations diverses 52
Dispositions relatives aux décès 52
Art.82 - Accompagnement en fin de vie 52
Art.83 - Décès constaté 53
Art.84 - Dépôt des corps à la chambre mortuaire 53
Art.85 - Transport sans mise en bière 54
Art.86 - Mise en bière et transport de corps 54
Art.87 - Opérations funéraires 54
Art.88 - Objets et effets du défunt 55

Chapitre 6 – Dispositions relatives au personnel 55

Art.89 - Demandes d'information 55
Art.90 - Secret professionnel 55
Art.91 - Obligation de réserve et de discrétion professionnelle 55
Art.92 - Respect de la liberté de conscience et d'opinion 55
Art.93 - Sollicitude envers les patients et les habitants 56
Obligations éthiques et/ou professionnelles 56

Art.94 - Obligation de désintéressement 56
Art.95 - Respect de la laïcité 56
Art.96 - Interdiction d'exercer une activité privée lucrative 56
Art.97 - Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces 56
Art.98 - Exécution des instructions reçues 56
Art.99 - Signalement des évènements indésirables 56
Art.100 - Obligation de signalement des incidents liés à l'utilisation des produits et biens de santé. 57
Art.101 - Témoignage en justice 57
Art.102 - Bon usage des biens de l'établissement 57
Art.103 - Assiduité et ponctualité 57
Art.104 - Dépôt des biens trouvés ou confiés par les patients et habitants 57
Art.105 - Respect des règles d'hygiène et de sécurité 57
Art.106 - Exigence d'une tenue correcte 58
Art.107 - Lutte contre le bruit 58
Art.108 - Identification des personnels 58
Art.109 - Horaires de travail – Accord Local 35 heures 58
Art.110 - Stagiaires extérieurs 58
Expression des personnels 58
Art.111 - Droit d'expression directe et collective 58
Art.112 - Droit syndical 58

Chapitre 7 – Modalités d'approbation et de modification du Règlement Intérieur 59

Procédure d'approbation 59
Art.113 - Approbation du Règlement Intérieur 59

Modification du Règlement Intérieur 59
Art.114 - Procédure de modification 59

Glossaire 60

Préambule

Le règlement intérieur du Centre Hospitalier Saint-Nicolas de Bar-sur-Aube est arrêté en application du Code de la Santé Publique et notamment son article L.6143-1.

Le présent document s'adresse aux patients, aux habitants et à l'ensemble des acteurs de l'établissement.

Il définit les règles générales et permanentes d'organisation et de fonctionnement de l'établissement dans le respect des droits et des libertés de chacun. Il précise, le cas échéant, les modalités d'association de la famille à la vie de l'établissement.

Il a été adopté par le Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier de Bar-sur-Aube.

Un extrait du règlement intérieur est remis à toute personne entrante ou à son représentant légal avec le livret d'accueil et le contrat de séjour.

Le règlement intérieur est consultable sur demande, il est disponible auprès des responsables des différents services et de la Direction. Il est téléchargeable sur le site internet de l'établissement : www.ch-barsuraube.fr.

Les équipes sont à la disposition de la personne accueillie pour lui en faciliter la compréhension.

Un extrait du règlement intérieur est remis à chaque personne qui exerce à titre libéral, ou qui intervient à titre bénévole au sein de l'établissement.

Le présent règlement est révisé chaque fois que nécessaire et au moins tous les 5 ans. Les modifications font l'objet d'avenants conclus dans les mêmes conditions que le règlement initial. Les habitants ou leurs représentants légaux sont informés de celles-ci par tous les moyens utiles.

Chapitre 1 - Présentation générale

Situation géographique

Le Centre Hospitalier de Bar-sur-Aube se situe à 57 kms de Troyes, 40 kms de Chaumont, 39 kms de Bar-sur-Seine et 25 kms de Brienne-le-Chateau.
Il s'inscrit dans la filière gériatrique du territoire et fait partie intégrante des Hôpitaux Champagne Sud.
Les Hôpitaux Champagne Sud (HCS) sont un regroupement uni par une Direction commune des établissements de santé :

- Le Centre Hospitalier de Bar sur Aube
- Le Centre Hospitalier de Troyes
- Le Centre Hospitalier de Bar sur Seine
- L'établissement Public de Santé Mentale de l'Aube (EPSMA)
- Le Groupement Hospitalier Aube Marne (GHAM)
- La Résidence Cardinal de Loménie à Brienne-le-Château (EHPAD)
- La Résidence Pierre d'Arcis à Arcis-sur-Aube (EHPAD)
- L'Hôpital Privé de l'Aube

En se rapprochant, les Hôpitaux Champagne Sud garantissent l'accès aux soins de 320 000 habitants sur un territoire de plus de 6 000 km². Ensemble, ils constituent un des plus gros acteurs sanitaires de la région Grand Est avec un demi-million de prises en charge par an, plus de 300 millions d'euros de budget, environ 2700 lits et places, plus de 4 000 agents…

Les HCS constituent un pôle d'attractivité pour les professionnels de santé de tous horizons. Ensemble, ils vont surtout permettre aux usagers de bénéficier d'une offre de soin plus complète, mieux répartie géographiquement et d'une prise en charge mieux coordonnée donc plus efficace. Ce n'est pas une fusion mais une nouvelle force collective dans laquelle chaque établissement continue d'exister et est complémentaire aux autres.

Organisation de l'établissement

L'établissement est classé en Centre Hospitalier, en application de la loi HPST « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009.

Le Centre Hospitalier de Bar-sur-Aube, par le biais de sa labellisation, conforte son rôle d'hôpital de proximité par les trois missions qu'il assure :

- dispensation des soins, dans une zone géographique de proximité, grâce aux services de médecine et de soins médicaux et de réadaptation. L'articulation en tant que structure d'aval, par rapport à l'hôpital de recours qu'est le Centre Hospitalier de Troyes, est arrivée à maturité. Il se positionne également comme un partenaire et un soutien des acteurs libéraux et sociaux du territoire, dans un contexte de pénurie marquée,

- accueil dans des lieux de vie adaptés d'une population âgée dépendante ou en perte d'autonomie, ayant besoin d'accompagnement et de soins de qualité,
- mise à disposition d'une offre de soins et d'un plateau technique spécialisé afin de répondre aux besoins de la population, en radiologie, périnatalité, prise en charge psychiatrique de secteur, rétrocession médicamenteuse, consultations spécialisées et antenne SMUR.

Fonctionnement général

Le Centre hospitalier de Bar-sur-Aube est un établissement à double vocation sanitaire et médico-sociale.

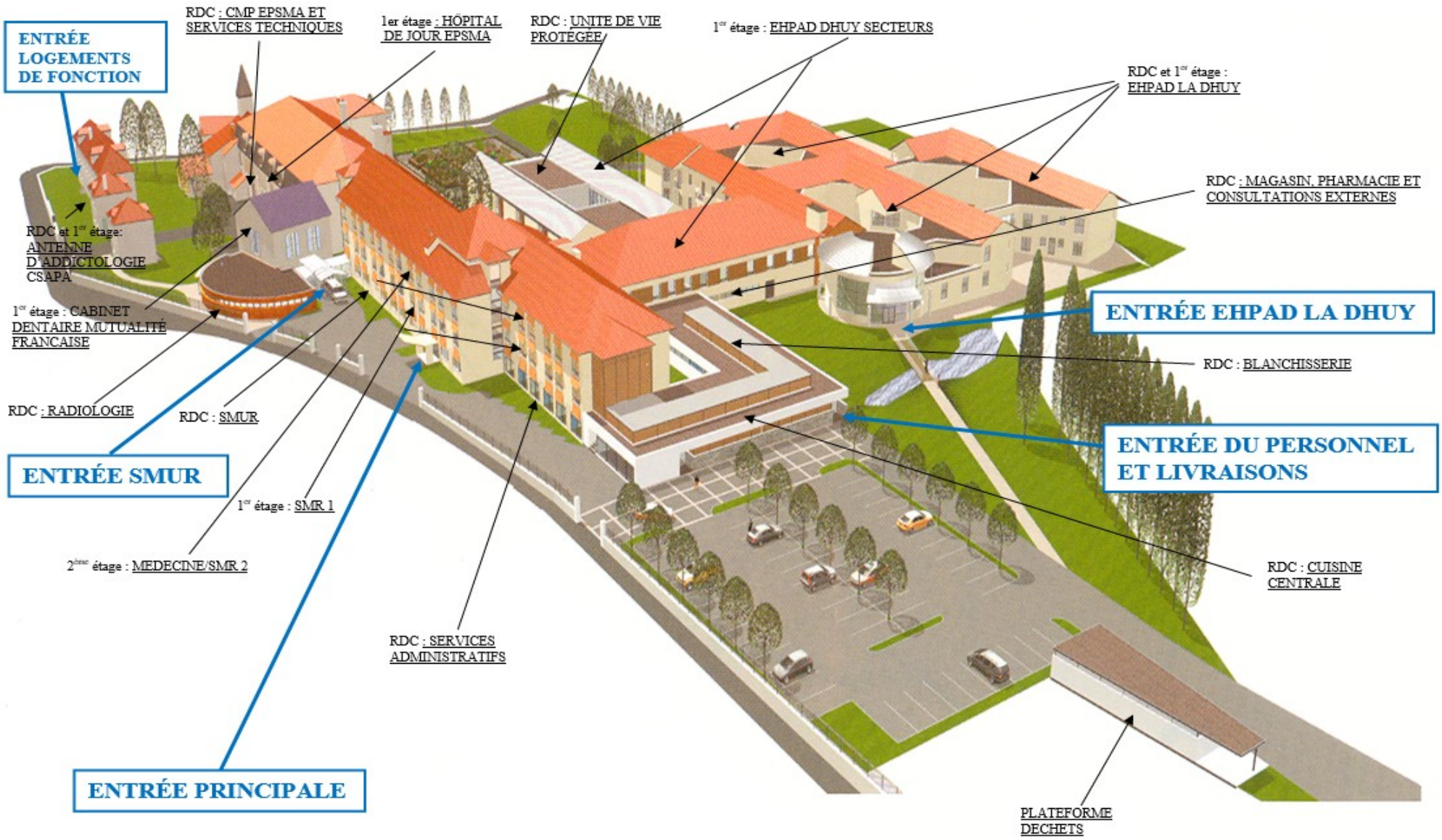
- *Lits et places :*
  - médecine : 20 lits,
  - SMR : 10 + 15 = 25 lits,
  - une antenne SMUR,
  - EHPAD : 130 lits dont 14 lits en Unité de Vie Protégée.

- Un plateau de consultations avancées : algologie, cardiologie, chirurgie orthopédique, chirurgie viscérale, chirurgie vasculaire, gynécologie médicale, centre de périnatalité, pneumologie, neurologie, urologie…

- Un service de radiologie géré par l'Hôpital Privé de l'Aube : actuellement doté d'un plateau conventionnel (table conventionnelle et échographe). Il est programmé l'implantation d'un scanner par cet opérateur (opération soutenue y compris financièrement par l'ARS, volet Ségur et le Conseil Départemental).

- Une antenne SMUR dépendante du Centre Hospitalier de Troyes.

- Un hôpital de jour, un CMP – CATTP portés par l'EPSM de l'Aube.



CENTRE HOSPITALIER SAINT-NICOLAS

Les missions

Le Centre Hospitalier de Bar-sur-Aube, établissement public de santé à part entière, en application de l'article L 6141-2 du code de la santé publique (CSP) constitue un premier niveau de prise en charge dans un territoire de santé donné. Parallèlement à sa vocation sanitaire, l'établissement développe des activités médico-sociales.
A ce titre, il dispense des soins de court séjour (Médecine) et des soins médicaux et de réadaptation (SMR).
Il accueille, également, dans des services adaptés une population âgée dépendante ou en perte d'autonomie, nécessitant un accompagnement et des soins de qualité.

Fonctionnement médical

Le fonctionnement médical repose sur des médecins salariés.

L'article R.711-6-4 du CSP, donne une définition des missions du Centre Hospitalier, qui a pour objet de dispenser :

- des soins de courte durée en Médecine, (assurer la surveillance et la mise en route de traitements, prendre en charge des épisodes aigus de pathologies chroniques, dispenser des soins de proximité, dispenser des soins palliatifs et de fin de vie, prendre en charge la douleur),
- des Soins Médicaux et de Réadaptation tels que définis par l'article L 6111-2 ; (poursuivre une hospitalisation lorsque l'état du patient n'est pas stabilisé pour son retour à domicile, réaliser une réadaptation fonctionnelle, adapter une thérapeutique spécifique).

Il participe notamment :

- aux actions de santé publique, aux actions médico-sociales coordonnées, (qualité de vie de l'hébergé, soutien à domicile),
- aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé (l'aide au sevrage tabagique, les consultations d'alcoologie et de soutien au sevrage…),
- aux actions de maintien à domicile en liaison avec les professionnels de santé locaux.

Les services de court séjour et moyen séjour sont placés sous la responsabilité de deux médecins (un médecin responsable du service de médecine/SMR de 30 lits au 2ème étage et un médecin responsable du service SMR au 1er étage).

L'hébergement (EHPAD) est placé sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur et d'un second médecin assurant également le suivi du service SMR au 1er étage. Toute entrée dans ces services est soumise à l'avis de la commission d'admission de l'établissement.

Obligations

Elles sont régies par les principes fondamentaux de l'égal accès de tous aux soins, de la continuité du service public et de l'adaptation continue des moyens aux exigences de qualité de ce service.

Santé Publique

L'établissement dispense des soins dans le respect des règles déontologiques et professionnelles qui lui sont applicables, notamment en ce qui concerne le secret professionnel et l'information des patients et de leurs proches.

Chapitre 2 – L'organisation administrative de l'établissement

L'établissement est géré par un Conseil de Surveillance, un Directoire et un Directeur, assistés par différentes instances :

- la Commission Médicale d'Établissement (CME) et ses sous-commissions :
    - le Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (CSTH),
    - le Comité de Lutte contre les Infections Associées aux Soins (CLIAS),
    - la Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS),
    - le Comité de Liaison de l'Alimentation et de la Nutrition (CLAN),
    - le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD).

- le Comité Social d'Établissement (CSE),
- les Commissions Administratives Paritaires,
- la Formation Spécialisée en matière de Santé, de Sécurité et de Conditions de Travail (F3SCT),
- la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechnique (CSIRMT), et la CSIRMT unifié de groupement,
- le Conseil de la Vie Sociale (CVS),
- la Commission des Usagers (CDU),
- la Cellule d'Identitovigilance (CIV),
- la Commission de Coordination Gériatrique (CCG).

Le Directoire

Le Directoire est une instance chargée de l'élaboration de la stratégie médicale et de la politique de gestion, très clairement investi du pilotage de l'établissement, tant vis-à-vis des tutelles qu'en interne.

Le Directoire comprend 7 membres :

- le Directeur du Centre Hospitalier, Président,
- le Président de la CME,
- le Président de la CSIRMT,
- trois membres du personnel médical,
- le Directeur délégué du Centre Hospitalier.

Le Directoire se réunit au moins huit fois par an dans les locaux de l'Établissement.

Les attributions du Directoire (CSP Art. L.6143-7-4) :

Le Directoire est doté des attributions suivantes :

- approbation du projet médical, préparée par le président de la CME avec le Directeur,
- préparation du projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques,

- conseil auprès du Directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

La concertation au sein du Directoire :

Après concertation avec le Directoire, le Directeur :

- conclut le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM),
- décide, conjointement avec le Président de la CME, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,
- arrête le Bilan Social et définit les modalités d'une politique d'intéressement,
- détermine le programme d'investissement (après avis de la CME pour les équipements médicaux),
- fixe l'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD), le Plan Global de Financement Prévisionnel (PGFP), les propositions de tarifs de prestations et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales,
- arrête le compte financier,
- arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activités,
- peut proposer au Directeur Général de l'ARS ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une forme de coopération sanitaire, conventions de coopération, fédérations médicales inter hospitalières ou des réseaux de santé,
- conclut les acquisitions, aliénations, échange d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de 18 ans,
- conclut les baux, les contrats de partenariat et les conventions de location,
- soumet le projet d'établissement au Conseil de Surveillance,
- conclut les délégations du service public,
- arrête le règlement intérieur de l'Établissement,
- à défaut d'un accord avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'Établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos,
- présente à l'ARS le plan de redressement (CSP Art. L.6143-3).

L'organe délibératif

Le Conseil de Surveillance

Le Conseil de Surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement.

Il comprend 9 membres :

- le Maire de la commune, Président,
- un représentant de la communauté de commune,
- un représentant du Président du conseil départemental de l'Aube,
- un membre de la CSIRMT,
- un membre de la CME,
- un représentant des personnels désignée par les organisations syndicales,
- une personnalité qualifiée désignée par le Directeur général de l'ARS,
- deux représentants des usagers désignés par le Préfet du département de l'Aube.

Assistent avec voix consultative :

- le Président de la CME et Vice-président du Directoire,
- le Directeur général de l'ARS,
- le Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du département,
- le représentant des familles de personnes accueillies en EHPAD,

Il se réunit au moins quatre fois par an dans les locaux de l'établissement.

Il délibère sur :

- le projet d'établissement
- le compte financier et l'affectation des résultats,
- tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé
- le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le Directeur,
- toute convention intervenant entre l'établissement et l'un des membres de son Directoire ou de son Conseil de Surveillance,
- les statuts des fondations hospitalières créés par l'établissement.

Il donne son avis sur :

- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,
- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat,
- le règlement intérieur de l'établissement.

La gestion de l'établissement

Le Directeur Général

Le Directeur Général des Hôpitaux Champagne Sud est nommé par arrêté du Directeur Général du Centre National de Gestion, après avis du président du Conseil de Surveillance.

Le Directeur représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile :

- il est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles qui relèvent de la compétence du Conseil de Surveillance énumérée à l'article L.6143-1.

- il participe au Conseil de Surveillance et exécute ses délibérations.

  il dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au Directeur Général du Centre National de Gestion, la nomination des Directeurs adjoints et des Directeurs des soins.

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

- le Directeur est l'ordonnateur des dépenses et des recettes.

Le Directeur Délégué

Le Directeur Délégué du Centre Hospitalier de Bar-sur-Aube est nommé par arrêté du directeur général du Centre National de Gestion, après avis du président du Conseil de Surveillance.
Il est autorisé par le Directeur Général des Hôpitaux Champagne Sud à signer certaines décisions, à sa place et sous sa responsabilité et contrôle.
Il ne peut néanmoins signer les actes relatifs aux champs de compétences de la direction du patrimoine et de la direction des achats et de la logistique.

La Directrice Adjointe

La Directrice Adjointe est en charge de la Filière Médico-sociale et des Parcours. Elle est nommée par arrêté du directeur du Centre National de Gestion, après avis du président du Conseil de Surveillance.
Elle est autorisée par le Directeur Général des Hôpitaux Champagne Sud à signer certaines décisions, à sa place et sous sa responsabilité et contrôle.
Elle ne peut néanmoins signer les actes relatifs aux champs de compétences de la direction du patrimoine et de la direction des achats et de la logistique.

Organisation des astreintes de direction

Les astreintes de direction sont organisées par le Directeur Général avec l'ensemble des Directeurs des Hôpitaux Champagne Sud, pour assurer la continuité administrative, organisationnelle et sécuritaire de tous les établissements.

Organisation des astreintes administratives et techniques

Pour répondre à la nécessité de la présence permanente sur place, d'une autorité responsable, le Directeur Délégué organise avec les Cadres de Direction de l'hôpital et certains de ses collaborateurs choisis en raison de leurs fonctions et volontaires, un service d'astreinte administrative.
Le Directeur organise également l'astreinte technique avec des agents techniques ayant les compétences requises et volontaires.
Les astreintes administratives et techniques sont assurées les soirs, nuits et week-ends.

La liste des agents participants aux astreintes administratives et techniques est réactualisée chaque année par le biais d'une décision signée par le Directeur.

Le comptable

Le comptable de l'Établissement est un comptable direct du Trésor Public, ayant la qualité de comptable principal de la Trésorerie Hospitalière de l'Aube.

Il est chargé :

- du règlement des mandats,
- du recouvrement des titres de recettes émis par l'ordonnateur de l'Établissement,
- de s'assurer de la régularité des écritures passées par ce dernier.

Le comptable assiste avec voix consultative au Conseil de Surveillance de l'Établissement lorsque celui-ci délibère sur des affaires relevant de sa compétence.

Les instances consultatives

La Commission Médicale d'Établissement (CME)

La CME est composée de l'ensemble du personnel médical de l'établissement.
Le Président de la CME est nommé par les praticiens titulaires de l'établissement.

Assistent avec voix consultative :

- le Directeur de l'établissement,
- le Directeur des soins,
- le Directeur des affaires médicales,
- le responsable de l'information médicale,
- un représentant du CSE,
- un représentant de la CSIRMT.

La CME se réunit au moins quatre fois par an.

La CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, en ce qui concerne notamment (Article R. 6144-2 CSP) :

- la gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres évènements indésirables liés aux activités de l'établissement,
- les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire,
- la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles,
- la prise en charge de la douleur,
- le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique.

La CME contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, à savoir (Article R. 6144-2-1 du CSP) :

- la réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale,
- l'évaluation de la prise en charge des patients (en particulier, en ce qui concerne les urgences et les admissions non programmées),
- l'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs,
- le fonctionnement de la permanence des soins, le cas échéant par secteur d'activité,
- l'organisation des parcours de soins.

En conséquence, la CME (Article R. 6144-2-2 du CSP) propose au Directeur le programme d'actions en matière de politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers :

- ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des évènements indésirables. Il comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le CPOM. Ce programme est assorti d'indicateurs de suivi,
- la CME élabore un rapport annuel présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi.

La CME demeure une instance consultative à part entière qui est à la fois consultée et informée.

Elle est consultée sur :

- le projet d'établissement et les projets de délibération,
- l'orientation générale de l'établissement,
- l'organisation interne et le règlement intérieur de l'établissement,
- les programmes d'investissement concernant les équipements médicaux,
- le plan de développement professionnel continu (en ce qui concerne les professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques),

- les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social.

La CME est informée sur :

- l'EPRD initial et ses modifications, le compte financier et l'affectation des résultats,
- le CPOM,
- le rapport annuel d'activité de l'établissement,
- les contrats de pôles,
- le bilan annuel des tableaux de service,
- la politique de recrutement des emplois médicaux,
- l'organisation de la formation des étudiants et internes et la liste des postes que l'établissement souhaite leur ouvrir,
- le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechnique,
- la programmation de travaux et les aménagements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

Les sous-commissions de la Commission Médicale d'Etablissement

Le Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (CSTH)

Il est composé de 9 membres :

- le Directeur de l'établissement, Président,
- le responsable de l'Etablissement Français du Sang (EFS) site de Troyes,
- le coordonnateur régional d'Hémovigilance,
- le correspondant d'Hémovigilance de l'établissement (R1211-40),
- le personnel médical,
- la Directrice des soins,
- un représentant de la CSIRMT,
- le responsable du laboratoire de biologie médicale.

Cette sous-commission a pour mission :

- de contribuer par ses études et ses propositions à l'amélioration de la sécurité des patients qui y sont transfusés,
- de veiller à la mise en œuvre des règles et procédures d'Hémovigilance prévues par le décret N° 94-68 du 24 janvier 1994,
- de coordonner des actions d'Hémovigilance entreprises au sein de l'établissement.

Il se réunit, sur convocation du Président, une fois par an dans les locaux de l'établissement.

Le Comité de Lutte contre les Infections Associées aux Soins (CLIAS)

Il est composé :

- du Président de la CME,
- du médecin coordonnateur EHPAD,
- du correspondant d'Hémovigilance,
- d'un membre de la CSIRMT,
- du Pharmacien,
- du référent hygiène.

Assistent avec voix consultative :

- le Directeur délégué ou son représentant,
- le Cadre Supérieur de Santé,
- les Cadres de santé,
- un biologiste,
- un représentant des usagers,
- un représentant du personnel.

Les missions de ce comité sont de :

- définir le programme d'action de l'établissement dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales. Ce programme comporte les objectifs à atteindre et les actions à mener en matière de prévention, surveillance, formation et information et évaluation. Une Équipe Opérationnelle d'Hygiène a été constituée afin de mettre en œuvre et évaluer le programme,

- d'assurer l'organisation, la coordination de la surveillance permanente des infections dans l'établissement,

- e promouvoir les actions de formation des personnels de l'établissement dans le cadre de la maîtrise du risque infectieux, de la prévention de la dissémination des Bactéries Multi Résistantes (BMR) et de la transmission des micro-organismes.

Les praticiens doivent déclarer au Président du C.L.I.A.S, tout cas clinique d'infection contractée par les patients pendant leur séjour dans l'établissement.

Le comité peut demander tous les examens, études, contrôles ou vérifications jugés nécessaires. Il propose aux responsables de service les mesures à prendre, sous réserve de l'accord du Directeur lorsqu'elles comportent une incidence financière sensible. Dans le cas où la mise en œuvre de ces mesures soulèverait des difficultés, le problème peut être soumis à la CME.

Il se réunit au moins trois fois par an dans les locaux de l'établissement. Le programme et le rapport d'activité sont présentés annuellement aux différentes instances concernées.

La Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS)

Sa composition est définie après avis du Président de la CME. Les membres, dont le mandat est de 4 ans renouvelable, sont :

- le Directeur ou son représentant,
- le Président de la CME,
- le Pharmacien
- les membres de la CME,
- un représentant de la CSIRMT non aide-soignant,
- le responsable de Matériovigilance,
- un représentant des usagers,
- un représentant du personnel.

Ses missions :

- définir la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles à l'intérieur de l'établissement,
- organiser la lutte contre les affections iatrogènes à l'intérieur de l'établissement,
- élaborer le livret thérapeutique qui établit la liste des médicaments et des dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est préconisée dans l'établissement
- élaborer des recommandations en matière de :
  - Prescription des médicaments et des dispositifs médicaux stériles,
  - Bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles,
  - Lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse.

La commission peut entendre toute personne qualifiée sur une question inscrite à l'ordre du jour.

La commission se réunit trois fois par an.

Le Comité de Liaison de l'Alimentation et de la Nutrition (CLAN)

Le CLAN est une structure de réflexion et de proposition de l'organisation de l'alimentation et de la nutrition des patients hospitalisés et des Habitants de l'établissement.

Composition et désignation :
Le représentant légal de l'établissement arrête la liste nominative des membres du comité. Le CLAN peut être définit comme une sous-commission de la CME.

Sont intégrés comme membres permanents :

- le responsable de la restauration,
- la diététicienne,
- les membres désignés par la CME,
- les représentants des usagers,
- un représentant de la CSIRMT,

- un représentant du personnel.

La durée du mandat des membres du CLAN, désignés par la CME, est de 4 ans. Le renouvellement a lieu lors du renouvellement de la CME.

En cas de partage des voix, la voix du président est prédominante. Le comité peut entendre toute personne compétente appartenant ou non à l'établissement sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

Présidence :
Le Président est désigné lors de la CME.

Le Président du CLAN a pour rôle :

- d'arrêter la date des convocations du comité,
- de fixer l'ordre du jour,
- de veiller aux actions entreprises, d'évaluer le respect de la politique hôtelière et nutritionnelle de l'établissement et de définir les évolutions nécessaires.

Ses missions :

- jouer un rôle primordial en matière de formation initiale et continue du personnel à l'hygiène hospitalière et de restauration,
- élaborer en collaboration avec le groupe de travail du plan de formation, une politique de formation et un suivi des formations des personnels hospitaliers en matière de prise en charge nutritionnelle des patients,

Le CLAN se réunit au moins 2 fois par an.

Le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)

Le CLUD est une instance consultative chargée de promouvoir, coordonner et évaluer les actions visant à améliorer la prise en charge de la douleur des patients et habitants. Il réunit des professionnels de santé de différentes disciplines et met en œuvre des recommandations, des formations et des protocoles adaptés. Son rôle est de sensibiliser les équipes, d'harmoniser les pratiques et de contribuer à la qualité et à la sécurité des soins en matière de lutte contre la douleur.

Composition et désignation :

Le représentant légal de l'établissement arrête la liste nominative des membres du comité. Le CLUD peut être définit comme une sous-commission de la CME.

Sont intégrés comme membres permanents :

- les membres désignés par la CME,
- le psychologue,
- les représentants des usagers,
- un représentant de la CSIRMT,
- un représentant du personnel.

La durée du mandat des membres du CLUD, désignés par la CME, est de 4 ans. Le renouvellement a lieu lors du renouvellement de la CME.

En cas de partage des voix, la voix du président est prédominante. Le comité peut entendre toute personne compétente appartenant ou non à l'Établissement sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

Présidence :

Le Président est désigné par la CME.

Le Président du CLUD a pour rôle :

- animer et coordonner les travaux du comité,
- organiser les réunions et en établir l'ordre du jour,
- veiller à la mise en œuvre des décisions et recommandations du comité,
- garantir le suivi et l'évaluation des actions menées.

Ses missions :

- jouer un rôle primordial en matière de formation initiale et continue du personnel,
- élaborer en collaboration avec le groupe de travail du plan de formation, une politique de formation et un suivi des formations des personnels hospitaliers en matière de prise en charge de la douleur.

Le CLUD se réunit au moins 2 fois par an.

Le Comité Social d'Établissement (CSE)

Le CSE présidé par le Directeur de l'Établissement, est composé :

- des représentants du personnel : 6 titulaires et 6 suppléants, membres de droit,
- un représentant de la Commission Médicale d'Etablissement, membre consultatif,
- l'inspection du travail, membre consultatif,
- des membres de l'administration, invités.

Les personnes participant à quelques titres que ce soit aux travaux du CSE sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle concernant les pièces, documents et informations dont ils ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux. Toutes facilités doivent être données aux membres du CSE pour exercer leurs fonctions.

Le CSE prévu à l'article L.6144-3 est obligatoirement consulté sur :

- le règlement intérieur de l'établissement,
- le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 du code de la santé publique,
- le plan global de financement pluriannuel,
- l'accessibilité des services et la qualité des services rendus à l'exception de la qualité des soins et des questions qui relèvent de la compétence de la commission médicale d'établissement, de la commission des usagers et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques,
- l'organisation interne de l'établissement mentionnée à l'article L. 6143-7 du code de la santé publique,
- les projets de réorganisation de service,
- la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la politique générale de formation du personnel, y compris le plan de formation,
- Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique,

- les projets d'aménagements importants modifiant les conditions de santé, de sécurité et les conditions de travail lorsqu'ils s'intègrent dans le cadre d'un projet de réorganisation de service,
- les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiant.

Il est régulièrement tenu informé de :

- la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'Établissement,
- le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique,
- le budget prévu à l'article L. 6145-1 du même code,
- les décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7 du même code.

Le compte-rendu du CSE est communiqué à l'ensemble du personnel.

Le CSE se réunit au moins quatre fois par an.

Les Commissions Administratives Paritaires Locales et Départementale (CAPL et CAPD)

Une commission administrative paritaire (CAP) est une instance consultative composée, en nombre égal, de représentants de l'administration et de représentants du personnel élus pour 4 ans.
Elle est consultée sur les questions relatives à la situation et à la carrière individuelle des agents publics titulaires, c'est-à-dire les fonctionnaires.

La loi du 6 août 2019 a recentré les compétences des commissions administratives paritaires (CAP) sur l'examen des décisions individuelles défavorables : elle a ainsi supprimé leur compétence en matière de mutation et de mobilité à compter du 1er janvier 2020 et en matière d'avancement et de promotion dès le 1er janvier 2021, pour les trois versants de la fonction publique.

Les CAP locales sont présidées par le Président de l'assemblée délibérante ou son représentant.
Les CAP départementales, par le président du Conseil de Surveillance de l'établissement qui en assure la gestion ou de son représentant.

Le nombre de représentants du personnel à la CAP dépend du nombre de fonctionnaires qui relèvent de la commission.

Au sein d'une CAP, les fonctionnaires d'une catégorie examinent les décisions relatives à la situation individuelle et à la discipline des fonctionnaires relevant de la même catégorie, sans distinction de corps ou de cadre d'emplois et de grade.

Ses attributions portent notamment sur :
- refus de titularisation et licenciement en cours de stage pour insuffisance professionnelle ou faute disciplinaire,
- licenciement d'un fonctionnaire en disponibilité, à la suite du refus de trois postes proposés en vue de sa réintégration,
- licenciement pour insuffisance professionnelle,
- admission à la retraite (inaptitude).

Les Commissions Administratives Paritaires se réunissent en fonction des besoins.

La Formation Spécialisée en matière de Santé, de Sécurité et de Conditions de Travail (F3SCT)

Elle est composée :

- du Directeur, Président,
- des représentants du personnel : 6 titulaires choisis parmi les membres titulaires et suppléants du CSE et 6 suppléants (tout agent éligible), membres de droit,
- un représentant du personnel médical, membre consultatif,
- le médecin du travail, membre consultatif,
- des membres de l'administration en charge des dossiers concernés, invités,
- le représentant du service compétent en matière d'hygiène, invité.

La Formation Spécialisée est consultée sur :

- la teneur de tous les règlements et consignes se rattachant à sa mission : projets d'aménagements importants, nouvelles technologies, plans blancs, remise au travail des accidentés et situations de handicap, notamment sur l'aménagement des postes de travail, rapport annuel et programme de prévention des risques professionnels et amélioration des conditions de travail.

Les membres de la formation spécialisée procèdent à intervalles réguliers :

- à la visite des services relevant de leur champ de compétence. Par délibération adoptée en séance, la formation spécialisée mandate une délégation pour procéder à chaque visite et en fixe l'objectif, le secteur géographique et la composition,
- à des enquêtes en raison d'un accident ou d'une maladie ayant ou ayant pu entrainer des conséquences graves,
- à des enquêtes en raison d'un danger grave avéré,
- à des enquêtes en raison d'une cause de danger grave et imminent.

Le compte-rendu de la F3SCT est communiqué à l'ensemble du personnel.

La F3SCT se réunit au moins quatre fois par an.

La Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médicotechniques (CSIRMT)

Cette commission comprend 7 membres :

- la Directrice des soins, Présidente, ou sa suppléante cadre supérieur de santé,
- un membre titulaire représentant le groupe des cadres de santé,
- un membre titulaire et un membre suppléant représentant le groupe des personnels infirmiers, de rééducation et médicotechniques,
- trois membres titulaires et trois membres suppléants représentant le groupe des aides-soignants,
- un représentant de la CME (voix consultative).

Elle est consultée sur :

- l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques et de l'accompagnement des malades dans le cadre du projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques,

- la recherche dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques et l'évaluation de ces soins,

- l'élaboration d'une politique de formation,
- l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP),
- la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins,
- le projet d'établissement et l'organisation interne de l'établissement.

Elle doit se réunir au moins trois fois par an.

La Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médicotechniques Unifiée de Groupement (CSIRMTUG)

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques Unifiée de Groupement (CSIRMTUG).

L'ordonnance du 17 mars 2021 précise la possibilité laissée par la Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'Organisation et à la Transformation du Système de Santé (LOTSS), de fusionner les instances du GHT avec celles des établissements membres, en une instance unifiée de groupement.
Il a été décidé la constitution de cette instance unifiée dans notre groupement des Hôpitaux Champagne Sud après accord des directeurs des établissements parties, l'avis favorable du Comité stratégique, de la CSIRMTG et des CSIRMT de chaque établissement membre du GHT ainsi que l'autorisation du DGARS.
Le fonctionnement de la CSIRMTUG est cadré de la même manière que celui de la CSIRMT avec des missions davantage tournées sur le territoire[1].

La présidente de la CSIRMT unifiée de groupement est la coordonnatrice générale des soins désignée par le Directeur général du GHT. Cette commission est composée des présidents et des élus des CSIRMT locales et de représentants des professionnels paramédicaux des établissements des différents sites du groupement. Les avis émis par la CSIRMT de groupement sont transmis au comité stratégique.

Article 1 : Art. D. 6132-13-8.
La commission de soins infirmiers, de rééducation, médicotechniques unifiée de groupement est consultée sur :

- le projet de soins partagé du groupement,
- le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques élaboré par le coordonnateur général des soins de chaque établissement partie au groupement,
- l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ainsi que l'accompagnement des malades, au niveau du groupement et de chaque établissement,
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins ainsi que de la gestion des risques liés aux soins, au niveau du groupement et de chaque établissement,
- les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers, au niveau du groupement et de chaque établissement,
- la recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques, au niveau du groupement et de chaque établissement,
- la politique de développement professionnel continu, au niveau du groupement et de chaque établissement,

[1] Décret n°2021-675 du 27 mai 2021 relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital

- la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire.

La commission de soins infirmiers, de rééducation, médicotechniques unifiée de groupement est informée sur :

- le règlement intérieur de l'établissement,
- la mise en place de la procédure prévue à l'article L 6146-2 (participation des auxiliaires médicaux libéraux aux activités de l'EPS),
- le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

La CSIRMTUG se réunit 2 fois par an.

Le Conseil de la Vie Sociale (CVS)

Il est composé :

- deux représentants titulaires des personnes accompagnées et deux suppléants,
- deux représentants titulaires des familles et deux suppléants,
- un représentant titulaire du personnel de l'établissement et un suppléant,
- un représentant des mandataires judiciaires à la protection des majeurs,
- un représentant de l'organisme gestionnaire,
- un représentant des bénévoles,
- le médecin coordonnateur de l'établissement.

Le Président est élu par l'assemblée parmi les membres représentant les personnes accueillies.

Il est procédé dans les EHPAD, à un appel public pour recueillir les candidatures des représentants des habitants et de leur famille. Les représentants titulaires et suppléants des usagers et de leur famille sont élus au scrutin secret et à la majorité des votants par respectivement, les habitants et les familles. Un classement des candidatures en fonction des suffrages obtenus est ainsi réalisé. En cas de partage de voix, le doyen d'âge sera désigné.

Les suppléants assistent avec voix consultative aux séances du Conseil de la Vie Sociale et remplacent par ordre d'appel les représentants titulaires défaillants ou démissionnaires.

Le conseil de la vie sociale est obligatoirement consulté sur l'élaboration et la révision du règlement de fonctionnement ainsi que sur le projet d'établissement. En particulier sur le volet portant sur la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance.

Ce dernier peut également donner son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant :

- le fonctionnement de l'établissement ou du service notamment sur les droits et libertés des personnes accompagnées,
- l'organisation intérieure et la vie quotidienne,
- les activités et l'animation socioculturelle,
- les prestations proposées par l'établissement ou services,
- les projets de travaux et d'équipements,
- la nature et le prix des services rendus,
- l'affectation des locaux collectifs,
- l'entretien des locaux,
- les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture,
- l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants,
- le livret d'accueil,
- la démarche qualité,

- le projet de vie individualisé,
- les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge.
Il se réunit au moins trois fois par an sur convocation du Président.

La Commission des Usagers (CDU)

Elle est composée :

- un représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet, Président,
- deux médiateurs (un médiateur médecin et un médiateur non médecin) et deux suppléants,
- deux représentants des usagers et deux suppléants,
- un représentant du Conseil de Surveillance,
- un représentant de la CME,
- un représentant de la CSIRMT et son suppléant,
- un représentant du personnel et son suppléant.

Les deux médiateurs sont désignés par le représentant légal de l'établissement.

Les représentants des usagers sont désignés par le Directeur de l'ARS.

Elle reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment :

- les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées par la CME conformément au 3° de l'Article L. 6144-1 ainsi que les avis, vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement,

- une synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches,

- le nombre de demandes de communication d'informations médicales formulées en vertu de l'article L. 1112-1 ainsi que des délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes,

- le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers prévue à l'Article L. 1112-2, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie,

- le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers.

A partir notamment de ces informations, la commission :

- procède à une appréciation des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, fondée sur une analyse de l'origine et des motifs des plaintes, des réclamations et des témoignages de satisfaction reçus dans les différents services ainsi que des suites qui leur ont été apportés,

- recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le Conseil de Surveillance ou l'organe collégial qui en tient lieu en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et 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.

La CDU se réunit au moins quatre fois par an.

La Cellule d'Identitovigilance (CIV)

Elle est composée :

- le coordonnateur général des soins ou son représentant,
- un médecin responsable du département d'information médicale (DIM) ou son représentant,
- le responsable de la patientèle,
- le référent en identitovigilance de l'établissement,
- le responsable des systèmes d'information ou référent DPI,
- le responsable de la sécurité des systèmes d'information (RSSI),
- le responsable qualité gestion des risques délégué de l'établissement,
- le délégué à la protection des données de l'établissement,
- un représentant du personnel soignant du secteur médico-social de l'établissement,
- un représentant du personnel soignant du secteur sanitaire de l'établissement,
- un représentant de la pharmacie, si service existant dans la structure,
- un représentant des assistants médico-administratifs
- le correspondant local en hémovigilance et sécurité transfusionnelle,
- un représentant du service des archives,
- un représentant des usagers.

D'autres personnes peuvent être invitées selon les sujets abordés.

La CIV est une instance de consultation, ayant pour rôle le respect des bonnes pratiques d'identification (primaire et secondaire) du patient à toutes les étapes de sa prise en charge.
La bonne identification d'un patient est un facteur clé de la sécurité de son parcours de santé. Elle constitue le premier acte d'un processus qui se prolonge tout au long de sa prise en charge par les différents professionnels impliqués, quels que soient la spécialité, le secteur d'activité et les modalités de prise en charge.

Ses missions :

- réaliser la veille réglementaire et technique,
- participer à la formation des professionnels, dans le cadre du plan de formation de la structure, y compris lors de l'accueil des nouveaux arrivants, toutes catégories de professionnels confondues,
- initier des audits de connaissance et de pratiques,
- initier et mener des actions de sensibilisation des usagers et des partenaires externes,
- organiser l'information et la communication au niveau des HCS sur les secteurs sanitaires et médico-sociaux,
- analyser les risques a priori (cartographie des risques), y compris les risques liés à la sécurité informatique,
- alimenter et suivre le PAQSS,
- formaliser et/ou actualiser les documents qualité relatifs à l'identitovigilance,
- prendre part aux retours d'expériences des événements indésirables en lien avec des erreurs d'identification,
- analyser et suivre les fiches d'évènement indésirable du secteur en lien avec des erreurs d'identification,
- analyser les indicateurs relatifs à l'identitovigilance et en faire un retour à la CIV territoriale,
- guider les professionnels sur la conduite à tenir vis-à-vis des cas particuliers,
- contrôler la qualité des identités dans les domaines d'identification utilisés par la structure,
- réaliser le traitement des anomalies signalées (doublons, collisions…),
- contribuer au rapprochement d'identités entre structures.

La commission se réunit autant de fois que nécessaire avec un minimum de 3 fois/an.

La Commission de Coordination Gériatrique (CCG)

La commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles est présidée par le médecin coordonnateur.

Sa composition est arrêtée comme suit *:*

- le directeur de l'établissement ou son représentant,
- les médecins salariés de l'établissement,
- le pharmacien gestionnaire d'une pharmacie à usage intérieur mentionnée aux articles R. 5126-1 et suivants du code de la santé publique,
- le cadre de santé ou l'infirmier diplômé d'Etat en charge de la coordination de l'équipe soignante au sein de l'établissement,
- les infirmiers diplômés d'Etat salariés de l'établissement,
- les psychologues de l'établissement,
- les masseurs-kinésithérapeutes salariés de l'établissement,
- l'ensemble des professionnels de santé intervenant dans l'établissement à titre libéral,
- le pharmacien d'officine référent mentionné au premier alinéa de l'article L. 5126-6-1 du code de la santé publique lorsque l'établissement ne dispose pas d'une pharmacie à usage intérieur,
- un représentant du conseil de la vie sociale de l'établissement choisi parmi les membres mentionnés au 1° de l'article D. 311-5 du code de l'action sociale et des familles.

Toute personne que la commission souhaite entendre du fait de ses compétences propres peut assister en tant que de besoin à la séance de la commission.

La commission de coordination gériatrique est réunie au minimum deux fois par an. Les professionnels de santé libéraux signataires du contrat mentionné à l'article R. 313-30-1 du code de l'action sociale et des familles doivent participer à au moins une réunion dans l'année.

L'ordre du jour de la commission de coordination gériatrique est établi conjointement par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement.

La commission de coordination gériatrique est consultée sur :

- le projet de soins de l'établissement et sa mise en œuvre,
- la politique du médicament, dont la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans les prescriptions dispensées aux résidents de l'établissement, ainsi que celle relative aux dispositifs médicaux, produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale,
- le contenu du dossier type de soins mentionné au 8° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles,
- le rapport annuel d'activité médicale de l'établissement mentionné au 9° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles. Dans ce cadre, la commission peut formuler toute recommandation visant à améliorer la prise en charge et la coordination des soins qui est alors annexée au rapport,
- le contenu et la mise en œuvre de la politique de formation des professionnels de santé exerçant dans l'établissement,
- l'inscription de l'établissement dans un partenariat avec les structures sanitaires et médico-sociales et les structures ambulatoires du secteur au titre de la continuité des soins.

La commission de coordination gériatrique a également pour mission de promouvoir les échanges d'informations relatives aux bonnes pratiques gériatriques, notamment auprès des professionnels de santé mentionnés au 10° de l'article 1er intervenant dans l'établissement.

L'ensemble des recommandations et avis émis par la commission de coordination gériatrique est transmis à l'instance compétente de l'organisme gestionnaire de l'établissement.

Le Correspondant de Matériovigilance

Tout établissement de santé doit désigner un correspondant local de Matériovigilance.

Sa mission est double :

- **Au niveau national :**

o il transmet au Directeur de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) toutes déclarations d'incidents faites au titre des déclarations obligatoires,
o trimestriellement, il transmet un état des déclarations d'incidents ou de dysfonctionnement,
o il informe les fabricants concernés,
o il informe l'Établissement Français des Greffes de tout incident provoqué par des dispositifs médicaux utilisés pour le traitement des éléments et produits du corps humain,
o à la demande de l'AFSSAPS, il conduit des enquêtes et des travaux relatifs à la sécurité des dispositifs médicaux.

- **Dans l'établissement :**

o il enregistre, analyse et valide les incidents signalés,
o il recommande les mesures à prendre en cas d'incident,
o il apporte son aide pour procéder aux déclarations,
o il sensibilise les utilisateurs à la Matériovigilance,
o il signale au Comité Régionale de Pharmacovigilance et au Comité Régional d'Hémovigilance tout incident de leur ressort.

Cette désignation est prononcée par le Directeur, après avis de la CME, et communiquée au Directeur de l'AFSSAPS qui tient à jour le fichier national des correspondants.

Le Correspondant de Pharmacovigilance

Le Pharmacien est le correspondant de pharmacovigilance de l'établissement. Il reçoit les déclarations d'effets indésirables ou incidents liés à un médicament et les transmets au centre régional de pharmacovigilance après analyse.

Il reçoit les alertes sanitaires de l'AFSSAPS et les diffuse au personnel concerné.

Chapitre 3 – Dispositions particulières relatives aux services de Court Séjour et Soins Médicaux et de Réadaptation

Services de soins

ART. 1 - LES MEDECINS

Les devoirs du médecin sont régis par le décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 du code de déontologie médicale.

Services de Médecine et de Soins Médicaux et de Réadaptation

Dans la structure actuelle, la permanence des soins médicaux de l'Établissement est assurée par les médecins salariés de l'établissement.

Deux médecins assurent la coordination des activités médicales, l'organisation de la permanence médicale et la mise en œuvre de l'évaluation des soins :

- ils sont garants de la qualité de prise en charge médicale et d'une maîtrise adaptée des dépenses de santé,
- ils définissent les priorités de soins avec l'équipe soignante,
- ils facilitent la coordination avec les autres prestataires de soins externes à l'institution, notamment les médecins libéraux,
- ils contribuent à une bonne organisation de la permanence des soins et à la formation continue du personnel,
- ils valident les admissions et les critères d'évaluation des soins.

ART.2 – LA CERTIFICATION

Cette procédure a été introduite au sein du système de santé français par l'ordonnance n° 96-346 du 24/04/1996 dans le cadre de la réforme du système de soins, et précisée par le décret n° 97-311 du 07/04/1997.

Elle permet de s'assurer que chaque établissement développe une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients autour de six objectifs :

- l'appréciation de la qualité et de la sécurité des soins,
- l'appréciation de la capacité de l'établissement ou du service à améliorer de façon continue la qualité des soins et la prise en charge globale du patient grâce à la mise en œuvre d'un système reconnu de gestion de la qualité,
- la formulation de recommandations explicites,
- l'implication des professionnels à tous les stades de la démarche qualité, afin qu'ils acceptent et s'approprient les changements,
- la reconnaissance externe de la qualité des soins dans les Établissements de santé,
- l'amélioration continue de la satisfaction du public.

La procédure de certification favorise une meilleure organisation de l'établissement au service de la personne soignée. Elle permet de réfléchir ensemble à l'organisation en fonction des différents besoins des personnes soignées, de reconnaître les points forts et les points faibles à améliorer, de définir des actions prioritaires.

Accueil et admissions des patients

Le service de court séjour de Médecine peut accueillir des personnes adressées par les services d'urgence, d'autres centres hospitaliers, des personnes vivant à domicile ou habitant en EHPAD adressées par leur médecin traitant et en accord avec le médecin du service Médecine/SMR.

Le service de Soins Médicaux et de Réadaptation permet de consolider et réorienter une prise en charge après une situation aiguë. Il est le lieu où se développent des liens étroits et coordonnés entre les acteurs de terrain.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé régit l'accueil et l'admission des patients. L'objectif de la charte de la personne hospitalisée du 2 mars 2006 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 patients et à la qualité du système de santé. Cette charte est affichée dans les services.

ART.3 - PRINCIPE DU LIBRE CHOIX DU PATIENT

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

ART.4 - ACCUEIL DES PATIENTS : PRINCIPE D'EGALITE D'ACCES

Le mode d'admission est fondé sur le principe de l'égalité des citoyens quant à l'accès au service public, sans distinction d'opinions, de croyances, de situation sociale ou de résidence à l'intérieur de la circonscription de l'organisme dont ils relèvent. Son accès est adapté aux personnes qui souffrent d'un handicap, que celui-ci soit physique, mental ou sensoriel.

Le personnel de l'établissement est formé à l'accueil des patients et de leurs accompagnants. Il donne à ces derniers, tous les renseignements utiles leur permettant de faire valoir leurs droits.

ART.5 – DROITS ET OBLIGATIONS

L'établissement assure le respect des droits et obligations des patients hospitalisés et des personnes âgées dépendantes.

Dans chaque établissement de santé est instituée la Commission des Usagers (CDU) chargée d'assister et d'orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement, et de lui indiquer les voies de conciliation et de recours dont elle dispose.

ART.6 - LIVRET D'ACCUEIL

Un livret d'accueil est remis à tout patient admis dans l'établissement.

Il comprend :

- les renseignements utiles sur les conditions de séjour et l'organisation de l'établissement.
- les chartes en vigueur dans l'établissement
- un questionnaire de sortie
- un condensé du présent Règlement.

ART.7 - COMPETENCE DU DIRECTEUR DE L'HOPITAL EN MATIERE D'ADMISSION

Quel que soit le mode d'admission du patient, celle-ci est prononcée par le Directeur sur avis d'un médecin.

ART.8 - PIECES A FOURNIR AU MOMENT DE L'ADMISSION

Quel que soit le mode d'admission du patient, l'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du patient et aux conditions de prise en charge de son hospitalisation et des informations relatives à sa famille ou ses représentants afin de pouvoir les prévenir.

À cet effet, le patient ou, le cas échéant, son représentant doit présenter au Bureau des Admissions :

- la carte nationale d'identité ou le passeport (obligatoire), le permis de conduire, la carte de séjour…

- sa carte vitale, permettant de présumer l'ouverture de ses droits auprès d'un organisme d'assurance maladie, et/ou une attestation de Couverture Maladie Universelle (CMU),

- le cas échéant, un document attestant qu'un organisme tiers-payeur assure la prise en charge du ticket modérateur (mutuelle, collectivité publique, organisme étranger et/ou une attestation de CMU complémentaire).

Si le patient ne peut présenter sa carte d'assuré social ou justifier de l'ouverture de ses droits, une demande de prise en charge est adressée à l'organisme d'assurance maladie dont il relève.
Si le patient n'est pas assuré social, il est tenu de signer un engagement de paiement de l'intégralité des frais d'hospitalisation.

ART.9 - ADMISSION DES BENEFICIAIRES DE L'ARTICLE L.115 DU CODE DES PENSIONS MILITAIRES, D'INVALIDITE ET DES VICTIMES DE GUERRE

Les bénéficiaires de l'article L.115 du Code des pensions militaires, d'invalidité et des victimes de guerre sont tenus de laisser leur carnet de soins gratuits à la disposition de l'administration de l'hôpital pendant la durée de l'hospitalisation. Leurs frais d'hospitalisation sont toujours entièrement pris en charge. Lorsque les soins sont en rapport avec le motif de la réforme, les frais de séjour sont pris en charge par le ministère chargé des Anciens Combattants. Lorsque les soins ne sont pas en rapport avec le motif de la réforme, les frais de séjour sont pris en charge par la Sécurité Sociale.

ART.10 - RELATIONS AVEC LES FAMILLES

Dans chaque service, les médecins reçoivent les familles des patients dans des conditions préservant la confidentialité, sur rendez-vous.

En l'absence d'opposition du patient, les indications d'ordre médical, telles que diagnostic et évolution de la maladie, ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions définies par le Code de déontologie médicale ; de même, les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis par des personnels qualifiés aux membres de la famille.

ART.11 - SECRET DE L'HOSPITALISATION

Les patients peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence au sein de l'hôpital ou sur leur état de santé. Une mention sera portée sur le dossier et communiquée aux services concernés.

ART.12 - SECURITE TRANSFUSIONNELLE

Les médecins doivent prescrire aux patients les produits les plus adaptés et les plus sûrs au regard de leur pathologie. Dans le cadre de l'usage de produits d'origine sanguine, ils doivent suivre les règles de l'Hémovigilance, de la sécurité transfusionnelle et de la Pharmacovigilance.

Le sang, ses composants et leurs dérivés ne peuvent en aucun cas être distribués ni utilisés, transfusés ou injectés sans qu'aient été accomplies, au préalable, les analyses biologiques, les tests de contrôle pré-transfusionnels prévus par les textes réglementaires.

De façon réglementaire, un dossier transfusionnel est établi pour chaque patient qui bénéficie d'une transfusion sanguine. Le dossier transfusionnel est joint au dossier médical du patient.
Au cas où serait diagnostiquée, chez un patient, une pathologie susceptible d'être corrélée à une transfusion, le correspondant d'Hémovigilance établit une fiche déclarative adaptée à l'accident transfusionnel. Il prend les dispositions médicales adaptées en accord avec la législation et transmet les documents selon les dispositions réglementaires aux instances concernées dans les délais prévus.

L'établissement, détenteur du dossier transfusionnel, doit faire en sorte, soit directement, soit par l'intermédiaire du médecin traitant que tout patient impliqué dans une enquête transfusionnelle bénéficie du contrôle nécessaire et soit, par la suite, tenu informé des résultats le concernant et des mesures éventuelles à prendre.

Conditions de séjour du patient à l'hôpital

ART.13 - SERVICE DES REPAS

Les repas sont servis en chambre.

Un repas peut être servi aux visiteurs d'un patient hospitalisé, à leur demande et moyennant paiement. Dans ce cas, la facturation est établie sur la base d'un tarif forfaitaire fixé chaque année par le Directeur.

ART.14 - AUTORISATIONS DE SORTIE

Les patients en SMR peuvent, en fonction de leur état de santé et de la durée de leur séjour, bénéficier de permissions de sortie d'une durée maximale de quarante-huit heures. Ces permissions de sortie sont données, sur avis favorable du médecin et du Directeur. Les horaires de départ et de retour et, le cas échéant, l'identité de l'accompagnant, doivent être notés dans le service.
Le transport reste à la charge du patient.

Lorsqu'un patient autorisé à quitter l'hôpital ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, l'Administration le considère sortant.

ART.15 - VISITES

Les visites font l'objet de dispositions arrêtées par le Directeur, qui en définit les horaires et les modalités. Les visites sont autorisées de 13 h à 20 h. Les heures de visite sont rappelées à l'entrée du service par des affiches. Des exceptions peuvent être sollicitées auprès du médecin du service.

Elles peuvent être restreintes :

- pour des motifs liés à l'état des patients,
- à la demande du patient hospitalisé,
- ces restrictions, par lesquelles les visites sont susceptibles d'être interdites ou limitées en nombre et en durée, peuvent notamment concerner l'accès aux services hospitaliers de visiteurs mineurs de moins de 15 ans,
- pour les patients placés sous surveillance de la police.

ART.16 - EFFETS PERSONNELS

Les patients doivent prévoir pour leur séjour à l'hôpital un nécessaire de toilette.
Un inventaire est effectué à l'admission par l'équipe soignante et intégré dans le dossier de soins.

L'entretien du linge personnel n'incombe pas à l'hôpital et sa conservation obéit aux règles de responsabilité définies par la loi du 6 juillet 1992.

Sortie des patients

ART.17 - COMPETENCE DU DIRECTEUR DE L'HOPITAL EN MATIERE DE SORTIE

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

Le cas échéant, sur proposition médicale et en accord avec le patient et sa famille, le Directeur prend toutes les dispositions en vue du transfert du patient en SMR, en EHPAD ou à domicile.

En liaison avec l'équipe de soins et le médecin, avec la famille et, le cas échéant, le mandataire judiciaire à la protection des majeurs, il appartient à l'assistante sociale d'informer et d'orienter le patient en tenant compte de ses souhaits, s'il est en mesure de les exprimer.

ART.18 - MODALITES DE LA SORTIE

La sortie donne lieu à la remise au patient d'un bulletin de sortie indiquant les dates de l'hospitalisation. Ce bulletin ne doit porter aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical relatif à la maladie qui a motivé l'hospitalisation.

Tout patient sortant doit recevoir les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuité des soins et des traitements requis ainsi qu'à la justification de ses droits. En cas de nécessité médicale, une prescription de transport sanitaire (par ambulance ou tout autre transport sanitaire) peut être établie, lors de la sortie, par un médecin hospitalier. Dans le cas où le coût du transport serait à la charge du patient, celui-ci dispose du libre choix de l'entreprise qui assure le transport. L'hôpital tient à la disposition des patients la liste complète des entreprises de transport en ambulance agréées du département.

Tout patient reçoit lors de son admission un questionnaire annexé au livret d'accueil et destiné à recueillir ses appréciations et ses observations ; il peut déposer ce questionnaire auprès de l'administration de l'hôpital sous pli cacheté et, s'il le désire, sous une forme anonyme. Ces questionnaires sont conservés et peuvent être consultés par les Directeurs et inspecteurs des Agences Régionales de Santé et par les médecins inspecteurs départementaux et régionaux de la santé.

ART.19 - SORTIE CONTRE AVIS MEDICAL

Les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'hôpital.

Le patient doit alors signer une décharge consignant sa volonté de sortir contre avis médical et sa connaissance des risques éventuels ainsi encourus. Aucun courrier ni ordonnance ni bon de transport ne sont délivrés. En cas de refus de signer cette décharge, un procès-verbal est établi et signé par deux témoins ; il atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants. Les modalités de sortie sont consignées dans le dossier médical.

ART.20 - SORTIE A L'INSU DU SERVICE

Au cas où un patient quitte l'hôpital sans prévenir, l'établissement met en œuvre la procédure relative à la gestion d'une sortie d'un patient à l'insu du service.
Si les recherches entreprises pour le retrouver demeurent vaines, le Directeur de l'hôpital ou son représentant dûment habilité doit prévenir la gendarmerie si la situation l'exige. Il doit également informer sans délai la famille ou le représentant légal du patient.

La sortie du patient est prononcée le jour où il a quitté l'Hôpital, à partir de minuit.

Frais de séjour

ART.21 - PRINCIPE DU PAIEMENT

Toute journée d'hospitalisation est facturable ; elle doit être payée à la Trésorerie Hospitalière de l'Aube par le patient ou par un tiers-payeur.

ART.22 - TARIFS DES PRESTATIONS

Les tarifs des prestations représentent le coût moyen d'une journée d'hospitalisation dans une discipline médicale donnée. Ils sont fixés chaque année par l'ARS pour la période du 1er janvier au 31 décembre, et peuvent être révisés en cours d'année. Ils sont disponibles au Bureau des Admissions.

ART.23 - 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 facturé séparément. Il obéit à des règles particulières de facturation, qui varient suivant les conditions de prise en charge du séjour. Le Directeur veille à ce que le patient soit informé de ces règles.

ART.24 - PAIEMENT DES FRAIS DE SEJOUR

Dans le cas où les frais de séjour des patients ne seraient pas pris en charge par un organisme d'assurance maladie ou par tout autre organisme, les intéressés ou, à défaut, leur famille ou un tiers responsable doivent souscrire un engagement de payer les frais de séjour dès l'admission.

En cas de non-paiement des frais de séjour, la Trésorerie exerce des poursuites contre les patients, contre leurs débiteurs ou contre les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

ART.25 - PRESTATIONS FOURNIES AUX ACCOMPAGNANTS

Les frais d'hébergement et de repas engagés par l'établissement pour les personnes accompagnant les patients sont facturables sur la base d'un tarif forfaitaire fixé chaque année. Cependant, la mise à disposition d'un lit d'accompagnant disposé dans la chambre ne donne pas lieu à la facturation.

Chapitre 4 – Dispositions relatives aux habitants en EHPAD

Présentation de l'EHPAD

L'EHPAD est répartie en quatre unités :

- la Dhuy 1er étage : 40 lits,
- la Dhuy rez-de-chaussée : 40 lits,
- la Dhuy Secteur : 36 lits,
- l'Unité *de Vie Protégée (UVP) : 14 lits.*

Un règlement de fonctionnement spécifique à l'EHPAD est validé par le Conseil de Vie Sociale (CVS) et réévalué tous les cinq ans. Il est à disposition des habitants et des familles. Il définit les droits de la personne accueillie, les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement et des libertés de chacun. Il précise les règles générales et permanentes d'organisation et de fonctionnement de l'établissement.

ART.26 - SIGNATURE D'UN CONTRAT PLURI ANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les établissements de santé ou médico-sociaux, constituent un outil majeur de régulation de l'offre de soins. Ils s'appuient sur les principes suivants :

- une vision pluri annuelle,
- le fruit d'une procédure de négociation,
- un suivi périodique prenant appui sur les outils du dialogue de gestion,
- et enfin, une évaluation finale du contrat.

Les CPOM listent :

- les autorisations dont dispose l'établissement,
- les activités spécifiques et missions de service public qui lui sont reconnues,
- ainsi que les financements octroyés.

Sont inscrits dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens :

- la définition synthétique et administrative du périmètre de l'établissement dans le champ sanitaire : il liste ses implantations géographiques, ses autorisations et reconnaissances

d'activités, les missions de service public et les financements délégués par l'agence régionale de santé,
- la légitimité de l'exercice de l'établissement : le CPOM permet à l'établissement de « justifier » et de sécuriser son activité auprès de ses partenaires (financeurs notamment).

Les enjeux des CPOM sont :

- la mise en œuvre opérationnelle, à l'échelle des établissements, des orientations stratégiques régionales (dont celles du projet régional de santé),
- la validation des orientations et des projets stratégiques des établissements,
- l'amélioration de la performance et de la gestion interne des établissements (dans un souci d'amélioration continue du service rendu aux usagers, de la performance et de l'efficience de la dépense publique),
- la reconnaissance des missions de service public et activités spécifiques hors autorisations,
- le support des financements octroyés,
- un dialogue de gestion efficace entre les agences régionales et les établissements de santé.

Il comprend également l'ensemble des autres contrats et accords en cours avec l'agence (contrats de performance, contrats de retour à l'équilibre, contrat de bon usage du médicament…).

Le CPOM, est aussi un contrat de confiance entre les pouvoirs publics et les gestionnaires, basé sur une volonté commune de concilier une gestion moderne avec l'efficacité sociale.

Le CPOM permet :

- de décliner, à l'échelle des établissements, le contenu du projet régional de santé (PRS),
- de décliner les programmes : exemples : télémédecine, hôpital numérique,...
- un appui au pilotage stratégique des établissements : c'est un outil de gouvernance des établissements (lisibilité des ressources humaines et financières),
- un support pour le pilotage des transformations majeures attendues : les engagements contractualisés permettent d'identifier les enjeux de positionnement de l'offre.

ART.27 - MEDECIN COORDONNATEUR

Sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur assure l'encadrement médical de l'équipe soignante :

- il élabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, coordonne et évalue sa mise en œuvre,

- il donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution,

- il évalue et valide l'état de dépendance des habitants et leurs besoins en soins requis,

- il veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins,

- il coordonne la réalisation d'une évaluation gériatrique,

- il contribue auprès des professionnels de santé à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'Article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Il prend en compte les

recommandations de bonnes pratiques existantes en lien, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de pharmacie à usage intérieur,

- il contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement,

- il coordonne, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement,

- il identifie les acteurs de santé du territoire afin de fluidifier le parcours de santé des résidents,

- il identifie les risques éventuels pour la santé publique et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques,

- il réalise des prescriptions médicales pour les habitants,

- il élabore, après avoir évalué leurs risques et leurs bénéfices avec le concours de l'équipe médico-sociale, les mesures particulières comprises dans l'annexe au contrat de séjour mentionné au I de l'article L. 311-4-1,

- il peut être amené à recevoir les familles dans le cadre de la prise en charge médicale des habitants.

Accueil et admissions des Habitants

ART.28 - LIBRE CHOIX DE LA PERSONNE

L'admission doit être préparée en liaison avec l'intéressé et sa famille et recevoir son accord. Nul ne peut être admis au sein d'une unité sans une information et un dialogue préalable, effectués si nécessaire en liaison avec les institutions ou services dont relève la personne.

ART.29 - MODALITES DE L'ADMISSION

Toute personne qui envisage une admission en EHPAD peut se renseigner auprès de l'établissement, afin de recueillir toutes les informations nécessaires pour la constitution du dossier et obtenir le document unique de demande d'admission (CERFA n° 14732*3), utilisable également pour d'autres EHPAD.

L'admission peut être prononcée selon deux modalités :

- l'admission directe,
- l'admission à la suite d'un transfert, qui est consécutif à une hospitalisation dans un service de soins aigus ou un service de soins médicaux et de réadaptation.

L'EHPAD accueille les personnes seules ou en couple, âgées d'au moins 60 ans, valides, dépendantes ou en perte d'autonomie. Les personnes de moins de 60 ans peuvent intégrer un EHPAD après dérogation accordée par le Conseil Départemental du département de l'Aube.

Chaque dossier médical est présenté à la Commission d'admission qui est composée de la direction, d'un représentant de l'encadrement, du médecin coordonnateur et des membres du service social. L'admission est prononcée après avis du médecin coordonnateur, sur examen du dossier médical et/ou après évaluation clinique du postulant et accord de la Direction au vu du

constat de l'adéquation entre les moyens dont disposent l'établissement et l'état de santé du futur Habitant.

Une visite et des informations sur le fonctionnement de l'établissement sont données lors d'un rendez-vous de pré admission avec l'habitant, sa famille ou son représentant légal, le médecin coordonnateur, la cadre de santé, le psychologue, l'assistante sociale et le référent administratif de l'EHPAD.

Il est remis à l'habitant ou à son représentant le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement ainsi que le recueil des habitudes de vie pour préparer au mieux les conditions de son admission.

Le contrat de séjour stipule les conditions matérielles et financières relatives à l'hébergement, aux prestations médicales et paramédicales. Il est signé en deux exemplaires dont un reste au dossier.

ART.30 - ACCUEIL

Sous la responsabilité du cadre de santé, l'accueil et l'installation de la personne âgée sont organisés.

Le cadre de santé assure la liaison entre le service et l'administration de l'établissement, et organise l'aide nécessaire à l'habitant pour tout ce qui touche à sa santé, son confort et sa vie quotidienne.

ART.31 - LIVRET D'ACCUEIL

Il est remis à toute personne désirant être hébergée, et contient tous les renseignements utiles sur les conditions de séjour de l'organisation de l'établissement.

La charte de la personne âgée dépendante est jointe à ce livret.

Ce livret mentionne l'existence du présent règlement intérieur et le fait qu'il est tenu à la disposition de toute personne qui en fait la demande.
L'entrée en EHPAD nécessite des formalités administratives.

Vous devrez produire les documents suivants au bureau des admissions :

□ carte d'assuré social (vitale) ou attestation en cours de validité et/ou attestation CMU,
□ carte complémentaire le cas échéant,
□ une photo d'identité récente,
□ copie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance pour les célibataires,
□ copie titre d'ancien combattant le cas échéant,
□ copie de la carte d'identité,
□ relevé d'identité bancaire et relevé de compte,
□ dernier avis d'imposition et déclaration fiscale,
□ déclarations annuelles de vos retraites,
□ derniers relevés des taxes foncières sur les propriétés bâties et non bâties,
□ attestation responsabilité civile,
□ si protection juridique copie du jugement,
□ adresse des enfants.

Si vous sollicitez le bénéfice de l'aide sociale, vous devrez également fournir :

□ copie de votre livret d'épargne,
□ relevés bancaires des 3 derniers mois,

□ versement de 90 % des ressources de l'habitant mensuellement jusqu'à l'accord d'ASH.

Selon les revenus du futur habitant, vous pouvez bénéficier de l'APA et de l'allocation logement. Renseignez-vous directement au bureau des entrées.

ART.32 - FRAIS DE SEJOUR

L'établissement bénéficie d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) qui précise les dispositions financières de l'établissement.

Un tarif différencié est appliqué en fonction du type de chambre (individuelle ou double), ainsi que pour les bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement.

La tarification de l'ensemble des prestations se décompose en trois éléments distincts :

Le tarif hébergement

Il est à la charge de l'habitant et représente la partie hôtellerie du séjour, logement, restauration, entretien du linge, prestations administratives générales, animations.

Le tarif dépendance

Il correspond au montant des dépenses se rapportant au degré de perte d'autonomie pour l'accomplissement des actes essentiels à la vie quotidienne.

La dépendance est classée par GIR :

- GIR 1 et 2 : forte dépendance,
- GIR 3 et 4 : dépendance moyenne,
- GIR 5 et 6 : faible dépendance.

Les groupes GIR 1 et 2 ou GIR 3 et 4 pourront bénéficier de la prestation APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) sous conditions de ressources :

- si les ressources de l'Habitant sont inférieures à un plafond modifié chaque année, la participation de l'Habitant sera égale au montant du GIR 5 et 6,

- si les ressources de l'Habitant sont supérieures à un plafond modifié chaque année, la participation de l'Habitant sera égale au montant du GIR 5 et 6, plus un certain montant par référence à une formule de calcul publiée au Journal officiel du 21 novembre 2002. La participation sera progressive suivant les revenus.

Dans le département de l'Aube, l'APA est versée sous la forme d'une dotation globale directement à l'établissement. Cette prestation est déduite directement de la facture de l'habitant.

Le tarif soins

Ce tarif est entièrement à la charge de l'Assurance Maladie.
Il prend en charge la rémunération des personnels, médecin coordonnateur, professionnels de santé, médecins traitants, certains auxiliaires médicaux libéraux sur prescription médicale, ainsi que les examens de biologie, radiologie et les médicaments.
L'établissement bénéficie de la présence d'un psychologue, d'une diététicienne et d'un professeur d'activité physique adapté.

Les habitants bénéficiant de l'aide sociale disposent d'une somme minimum mensuelle fixée à 10 % du montant annuel des prestations minimales vieillesse. Le Bureau des Admissions est à la disposition des habitants pour expliquer cette prestation.

Une participation reste à la charge de l'habitant ou à la charge de l'Aide Sociale quel que soit son degré de dépendance, son montant est constitué au minimum du tarif du GIR 5/6 de l'établissement.

Afin de faciliter le paiement des frais d'hébergement, l'établissement propose désormais aux habitants d'effectuer le paiement par prélèvement automatique mensuel.

ART.33 - INFORMATION DES PERSONNES SUR LES CONDITIONS FINANCIERES DE L'HEBERGEMENT

Les personnes âgées ou leur famille doivent être informées préalablement à l'admission, y compris en cas de transfert, des conditions financières d'hébergement au moyen d'une lettre d'engagement qu'ils complètent et signent.

Ces informations sont inscrites dans le contrat de séjour qui rappelle :

- les conditions financières de prise en charge et notamment le fait que le forfait « hébergement » est toujours à la charge de l'habitant, qu'il soit assuré social ou non, de sa famille ou de l'aide sociale,
- les délais autorisés et les conditions de facturation en cas d'absence de l'habitant (pour une hospitalisation en court séjour ou pour des vacances).

Vie de l'Habitant

Participation des habitants à la vie et à la gestion de l'établissement

Les habitants sont associés, dans la mesure du possible, à la vie de l'établissement et à sa gestion. Cette participation s'exerce soit directement, soit par l'intermédiaire des représentants élus des Habitants et de leurs familles, à l'occasion des réunions du Comité de Vie Sociale (CVS), des réunions d'information générale ou de tout autre moyen de concertation.

Il est proposé à l'habitant un projet d'accompagnement personnalisé qui lui garantit un accompagnement individualisé dans le respect de ses habitudes de vie et de ses souhaits. Il s'inscrit dans la loi n° 2022-2 du 2 janvier 2002 et dans une démarche co-construite impliquant la personne accueillie, ses proches ainsi que les équipes professionnelles.
Tout projet de modification du règlement intérieur susceptible d'avoir des répercussions sur les conditions d'admission, de séjour ou de sortie des habitants est obligatoirement soumis, au préalable, à l'avis du CVS.
De même, toutes les réclamations ou protestations formulées par des habitants ou leur famille sont communiquées obligatoirement, au moins une fois par an, au CVS, ainsi que la réponse qui leur a été donnée par le médecin coordonnateur et/ou le Directeur.

La vie dans l'établissement

L'accueil et le séjour dans l'EHPAD s'inscrivent dans le respect des principes et valeurs définis par la Charte des Droits et libertés de la Personne Agée Dépendante ou en Situation de Handicap.

Le règlement intérieur garantit les droits des habitants. Cependant, il existe dans l'établissement des contraintes, impliquées par la vie en communauté.

Droits et libertés

- respect de la dignité et de l'intégrité,
- respect de son intimité, de sa vie privée et de sa sécurité,

- respect des valeurs du projet de vie et du projet de soins personnalisés,
- droit à l'information, à l'accès aux documents relatifs à sa prise en charge sauf dispositions législatives contraires,
- droit aux visites,
- liberté d'opinion, liberté de culte, liberté de circulation,
- droit à la confidentialité des informations que le concernent.

Ces droits au respect des libertés fondamentales s'expriment dans le respect réciproque des personnels, des intervenants extérieurs, des autres habitants et de leurs proches

Devoirs des habitants

- l'habitant est tenu de respecter le personnel et les autres habitants dans tous les gestes de la vie quotidienne mais également vis à vis de la structure,
- avoir une tenue décente,
- ne pas tenir des propos, ni avoir une attitude qui peut porter atteinte moralement à l'honorabilité des autres habitants,
- chaque habitant doit dans la mesure du possible veiller à ne pas nuire à la propreté des locaux et respecter le mobilier mis à sa disposition,
- chaque habitant est tenu d'observer une bonne hygiène corporelle. Dans ce cadre l'Établissement n'est tenu à aucune obligation dépassant ses missions d'hébergement et de soins. S'il lui appartient, en cas de défaillance de se substituer à l'habitant ou à la famille de celui-ci, il n'entre pas dans ses obligations de prendre en charge des prestations telles que fournitures de crème de beauté, eau de toilette ou produit de nettoyage des appareils dentaires…
- pour respecter le sommeil et la tranquillité de tous, il convient d'user avec discrétion des appareils de radio ou télévision,
- interdiction de jeter des objets par la fenêtre,
- tous dégâts ou dégradations volontaires dans l'immeuble ou le jardin seront réparés aux frais de ceux qui les auront commis (assurance responsabilité civile),
- pour des raisons de sécurité, il est formellement interdit de fumer et/ou d'utiliser des cigarettes électroniques dans les lieux à usage collectif de l'établissement et dans les chambres.

ART.34 – PHILOSOPHIE HUMANITUDE

Les valeurs et les principes d'intervention portés par l'établissement
Elles sont issues de la vision que ses membres se font de l'éthique et la manière de respecter certains principes d'intervention.
La finalité vise à permettre à chaque professionnel de l'établissement d'incarner ces valeurs dans leurs pratiques, aujourd'hui et dans l'avenir.
Avec application et engagement, nous mettons en pratique, au quotidien, un accompagnement bienveillant.

Pour guider et accentuer notre démarche, nous avons, depuis janvier 2022, fondé l'accompagnement et les soins proposés, sur une philosophie de soins, « l'Humanitude », afin de transformer notre façon d'accompagner les habitants, en faisant évoluer les pratiques professionnelles.
Nous nous sommes formés collectivement à la méthodologie de soin Gineste et Marescotti.

Cette philosophie complète la démarche de bientraitance adoptée par notre établissement et vient l'enrichir. Elle considère que chacun peut faire ses propres choix et sait ce qui est mieux pour lui, dans la limite des contraintes institutionnelles.

Cette philosophie de soin propose des techniques spécifiques qui doivent être utilisées pour être perçues comme bienveillantes. Chaque temps relationnel entre l'habitant et le professionnel va être outillé par les piliers de l'Humanitude.

Le but de cette démarche est de remplacer la vie collective par la vie communautaire, celle des villages, des quartiers où il est possible de recréer un chez-soi.

Avec le concept d'Humanitude, nous pouvons déployer des techniques non médicamenteuses pour parvenir au bien-être de l'habitant, dans la mesure du possible. C'est en prenant le temps d'adapter son action, en repoussant certains soins, en allant au rythme de la personne, sans la réveiller pour un traitement ou un repas, en ne lui soumettant aucune intervention de force, qu'on arrive à la faire se sentir chez elle.

Les principes fondamentaux de l'Humanitude incluent :

- la reconnaissance de la personne dans sa globalité : chaque personne comme un individu unique, avec ses propres besoins, préférences et histoires de vie…
- le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne : éviter toute forme de traitement dégradant ou infantilisant et encouragement des pratiques respectueuses et empathiques, qui reconnaissent la valeur et l'importance de chaque individu,
- la promotion de l'autonomie et de l'indépendance : encourager l'autonomie et l'indépendance autant que possible, en offrant à la personne aidée des opportunités de prendre des décisions et de participer activement à sa propre prise en charge. Préserver la liberté de la personne et lui donner le pouvoir de choisir et d'agir selon ses propres souhaits,
- l'importance de la communication et de la relation : mettre l'accent sur l'importance d'une communication positive et bienveillante entre l'aidant et la personne aidée. Encourager l'utilisation de gestes doux, de regards et de mots apaisants pour établir une connexion émotionnelle et favoriser le bien-être de la personne.

4 piliers essentiels pour construire des relations positives

- 3 piliers relationnels :
  - **le regard**, qui lorsque la parole est impossible est un outil de communication incontournable. Il doit respecter des caractéristiques affectives (tendresse) et technique (horizontal, proche et long),
  - **la parole**, qui suppose que le soignant décrive les gestes qu'il réalise lors d'un soin, sans attendre de réponse, afin de rassurer l'habitant. Cette approche est particulièrement utile pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et qui se trouvent dans l'incapacité de répondre,
  - **le toucher**, qui vise à redonner au geste professionnel de la douceur à même de réconforter l'habitant.
- 1 pilier identitaire :
  - **la verticalité**, qui vise à promouvoir la verticalisation et la marche des habitants, avec un soutien, pendant au moins 20 minutes par jour. L'objectif de la démarche est de stimuler les capacités motrices des habitants, pour retarder le phénomène de grabatisation trop souvent rencontré en établissement.

Le fil conducteur pour tous les professionnels : ne jamais nuire. Ce n'est finalement, pour tous que faire preuve de bon sens et de bienveillance dans le travail.

ART.35 - RESPECT DES PERSONNES

La dignité, l'identité et la vie privée de l'habitant doivent être strictement respectées. L'habitant a le droit, à tout moment, d'exprimer ses choix et ses souhaits.

Le personnel, l'habitant, les proches, les intervenants extérieurs et les bénévoles sont tenus de respecter les convictions, croyances, la vie privée de chacun. Ce respect mutuel doit être effectif dans tous les gestes quotidiens, mais également vis-à-vis de la structure.

Chaque habitant accueilli peut aller et venir librement, sauf contre-indication médicale.

Toutefois, la vie en collectivité implique quelques règles à observer :

- en cas d'absence lors d'un repas, le personnel doit être informé afin d'éviter des inquiétudes inutiles,
- l'habitant doit informer de ses absences au moins 48 heures auparavant.

Afin d'éviter des inquiétudes inutiles, l'habitant, son représentant légal ou sa famille doit informer le personnel de l'unité en cas d'absence prolongée et doit indiquer la durée prévisible d'absence et l'heure du retour. A défaut, l'établissement mettra en œuvre sa procédure relative à la « Conduite à tenir d'une sortie à l'insu du service et de l'établissement ». (Recherche interne et extérieure, appel à la gendarmerie, information de la famille).

Pour des raisons de sécurité, il est formellement interdit de fumer et/ou d'utiliser des cigarettes électroniques dans les lieux à usage collectif de l'établissement et dans les chambres.
Il est notamment strictement interdit de fumer dans le lit conformément à la circulaire du 12 décembre 2006 relative à la lutte contre le tabagisme.

Les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entrainer des procédures administratives et judiciaires.

ART.36- PROJET DE SOINS ET PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE

Le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) est co-construit avec les habitants. Il correspond à l'ensemble des actions à mettre en œuvre pour préserver et/ou restaurer leurs capacités et maintenir la qualité des relations sociales en tenant compte de leurs besoins, leur dignité, leurs attentes. Il englobe le projet de vie individualisé réglementaire complété du projet de soins.
Il intègre les différents volets relatifs à la vie quotidienne, à la vie sociale, à la citoyenneté, aux soins, au soutien psychologique, la perte d'autonomie, l'accompagnement à la fin de vie.

Il est élaboré dans le respect des droits et libertés de la personne accueillie et l'individualisation de l'accompagnement de l'habitant, de ses attentes et ses besoins.

ART.37 - RELATIONS AVEC LES FAMILLES

La coopération des familles à la qualité de vie au sein de l'établissement doit être encouragée et facilitée. L'équipe soignante doit veiller à ce que les proches ou les visiteurs se sentent intégrés à l'unité et aux activités d'animation auxquelles ils peuvent être invités à participer.

Chaque fois que les conditions le permettent, les proches peuvent être invités par l'équipe soignante à participer activement au soutien de l'habitant : présence pendant la nuit (en fin de vie), présence pendant les repas (en l'absence de soins spécifiques), permission de sortie.

Dans la mesure du possible, l'établissement s'efforce de mettre à la disposition des familles, un lieu pour qu'elles puissent rencontrer régulièrement les soignants et les différents intervenants du projet d'accompagnement personnalisé.

La communication et l'information entre la famille et l'établissement, dans le respect de la volonté de l'habitant, doit s'instaurer afin d'assurer au mieux leur complémentarité dans un climat de confiance mutuelle.

ART.38 - GESTION DES BIENS DES MAJEURS PROTEGES

L'établissement est garant de la protection de l'habitant en situation de vulnérabilité, que celle-ci résulte de l'altération de ses facultés mentales ou de toute autre forme de dépendance.

Les biens des majeurs protégés en EHPAD peuvent, sur décision de justice, être administrés, en considération des intérêts de l'habitant, par un mandataire judiciaire à la protection des majeurs protégés qui exerce ses fonctions sous le contrôle du juge des tutelles.

ART.39 - PERSONNALISATION DES CHAMBRES

Le logement est meublé par l'établissement. L'habitant peut apporter des objets personnels (table de chevet, télévision, fauteuil…) mais leur installation ne doit pas engendrer de gêne à l'occasion des soins et de l'entretien de la chambre, ni constituer un obstacle à la sécurité des locaux. Elle doit notamment être conforme aux normes et à la sécurité incendie.

Les réfrigérateurs personnels sont autorisés dans les chambres, mais leur entretien reste à la charge de l'habitant ou de la famille.

L'établissement fournit et remplace uniquement le matériel défectueux lui appartenant. Tout équipement supplémentaire apporté par l'habitant reste à la charge de celui-ci.

Les habitants peuvent apporter leur poste de télévision lorsqu'il est en bon état de fonctionnement, sous réserve qu'il soit couvert par une assurance garantissant les dégâts qu'il pourrait causer en cas d'explosion ou d'implosion. Pour préserver le repos de tous, il convient d'user avec discrétion des appareillages pouvant créer une nuisance sonore. A cet effet, l'utilisation de casque audio peut être envisagée.

Tout appareil de type chauffage d'appoint, couverture chauffante, appareil utilisant un quelconque combustible sont interdits dans l'établissement en raison de la représentation de leur danger potentiel.

Il est fortement conseillé aux habitants de souscrire une police d'assurance garantissant leur responsabilité civile et d'en présenter la quittance au Bureau des Admissions chaque année.

L'hébergement de l'habitant se fait en chambre individuelle ou en chambre double, meublée avec cabinet de toilette attenant, doté d'un WC et d'une douche.

Les habitants ont la possibilité de demander le branchement d'une ligne directe auprès de l'opérateur téléphonique Orange, ce branchement reste à leur charge.
Un accès wifi est disponible.

Un système d'appel permet à chaque habitant, à partir de sa chambre, de joindre à tout moment, le jour comme la nuit, le personnel de service.

Des locaux communs sont à la disposition de l'habitant : patios, salle à manger, salle d'animation, salon de coiffure, bibliothèque et bar de l'établissement « Au bon vieux temps ».

ART.40 - ENTRETIEN DU LINGE

Les draps, taies d'oreillers, couvertures, serviettes de table, serviettes et gants de toilette sont fournis et entretenus par le Groupement d'Intérêt Public de l'Aube (GIP).

Les vêtements personnels, après marquage par le service lingerie au nom et prénom de l'habitant sont entretenus par la blanchisserie de l'EPSMA de Brienne le Château. Le linge doit supporter un nettoyage traditionnel (lavage à sec et délicat exclu). Les habitants qui le souhaitent ont la possibilité d'entretenir leur linge à l'extérieur (sans déduction financière sur les frais d'hébergement).
L'établissement décline toute responsabilité en cas de perte par l'absence de marquage ou de détérioration du linge lié à une usure ou une fragilité du textile.

ART.41 - REPAS

Les repas sont préparés sur place par le service de restauration.
Les petits déjeuners sont servis en chambre ou dans les patios, selon les envies des habitants.
Dans un esprit convivial, les déjeuners et les dîners sont servis en salle à manger, sauf exception.
Des repas à thèmes ainsi que des ateliers culinaires sont organisés régulièrement.

Horaires :

- petit déjeuner à partir de 7h00,
- déjeuner à 12h00,
- collation à 15h30,
- dîner à 18h30,
- tisane ou collation à la demande le soir et la nuit.

ART.42 - MENUS

Les menus sont affichés sur chaque table en salle à manger et mis à jour chaque semaine. Les régimes alimentaires sont respectés.

Les familles et les proches des habitants peuvent se restaurer avec eux. La demande doit être faite 48 heures avant le jour retenu. Le repas est facturé au tarif « accompagnant » fixé annuellement par le Directeur.

Des tarifs spécifiques existent pour les dimanches et jours fériés, avec des menus plus élaborés.

Dans l'objectif d'améliorer le service repas et d'adapter les menus aux besoins et souhaits des habitants, une Commission des menus se réunit mensuellement. Les habitants, les responsables des services d'hébergement, le Directeur, le responsable de cuisine, la diététicienne, les familles et les soignants peuvent y participer.

ART.43 - ABSENCES ET SORTIES

L'hospitalisation :

- dans l'éventualité d'une hospitalisation de courte durée (inférieure à cinq semaines), à moins que l'habitant n'ait manifesté le souhait de quitter l'établissement, la disponibilité de sa chambre lui est maintenue,

  Les 3 premiers jours sont facturés au tarif hébergement. Les suivants lui sont facturés au tarif réservation. En ce qui concerne la dépendance, l'habitant en est exonéré. (Cf. art 41)

- lorsque l'hospitalisation excède cinq semaines, des dérogations sont possibles après concertation entre l'établissement et l'habitant ou sa famille qui peut demander à conserver le bénéfice de la chambre et acquitter le tarif réservation.

La sortie :

- au choix de l'habitant : l'habitant peut choisir de quitter définitivement l'établissement, il devra en avertir la Direction de l'établissement trente jours à l'avance, par lettre recommandée. A défaut de respecter ce délai, il sera tenu d'acquitter le prix de journée à concurrence de trente jours. Cette durée peut être réduite si la chambre est de nouveau occupée,

- disciplinaire : si l'habitant a une conduite incompatible avec la vie en collectivité ou, s'il contrevient de manière répétée aux dispositions du présent règlement, une procédure d'exclusion sera engagée à son encontre. Il sera informé, ainsi que sa famille, par lettre recommandée avec accusé de réception et disposera d'un mois pour libérer la chambre. Il s'acquittera des frais d'hébergement en totalité jusqu'à son départ.

Absence pour convenance personnelle :

- absence de courte durée (moins de 48 heures) : l'habitant est tenu d'acquitter la totalité du prix de journée,

- absence de longue durée (plus de 48 heures) : l'habitant peut bénéficier de congés annuels d'une durée maximale de 35 jours consécutifs ou non. Durant ces congés, l'habitant conserve le bénéfice de sa chambre. Seul le prix de journée hébergement est facturé pendant 72 heures, au-delà le prix de journée réservation est appliqué jusqu'au retour de l'habitant. Les forfaits de soins et dépendance ne sont pas facturés.

Pour les patients dépendants, ces vacances sont autorisées sous réserve de l'avis favorable de son médecin.

ART.44 - ORGANISATION DES SOINS

Deux médecins salariés se répartissent la surveillance médicale de l'EHPAD. Ils interviennent à la demande de l'habitant ou d'une infirmière si nécessaire. Ils peuvent prendre en charge l'habitant si celui-ci le souhaite ou garder son médecin traitant en fonction de son accord pour intervenir auprès de l'EHPAD.

ART.45 – ANIMATIONS

Deux agents sont chargés d'organiser les animations, en collaborations avec l'encadrement, les équipes soignantes et l'enseignant en activité physique adapté.
Différentes activités sont proposées, aux habitants qui souhaitent y participer, et sont annoncées par le biais de programmes papier (distribués et affichés).

Les activités proposées portent :

- autour du maintien de la mémoire et des fonctions cognitives,
- autour du maintien de la motricité et motricité fine (jeux d'adresse, atelier cuisine, couture, tricot, activité manuelle...),
- activités récréatives (jeux de société, karaoké, chant, loto…),
- autour du lien social (spectacles 2x/mois, barbecue, EHPAD party, …),
- ouverture sur l'extérieur au travers de sorties (courses, pique-niques, fêtes locales, cinéma, restaurants, visites culturelles…),
- activités festives (goûter d'anniversaires, repas des ainés, barbecue, …),
- rencontres intergénérationnelles et inter-établissements.

Activités diverses :

- une mini-boutique (ouverte 3x/semaine) pour d petits achats de dépannage,

- un bar permet aux habitants de se trouver entre amis ou avec leurs familles autour d'une boisson,
- le prêt de livres à gros caractères par la médiathèque de Bar sur Aube,
- intervention des VMEH (tous les jeudis après-midi) de début septembre à fin juin.

Le service dispose d'un véhicule 9 places permettant aux habitants (en capacité de se verticaliser) de bénéficier des sorties extérieures.

Chapitre 5 – Dispositions communes aux usagers des services de Médecine – Soins Médicaux et de Réadaptation – Hébergement (EHPAD)

L'organisation des soins

L'organisation des soins est coordonnée par :

- le service de soins infirmiers qui regroupe des personnels paramédicaux du sanitaire et du médico-social,
- les services de rééducation : masseur kinésithérapeute, enseignants en activité physique et adaptée, des aides-kinés,
- les services socio-éducatifs : diététicienne, psychologue, assistante sociale.
- autres intervenants

ART.46 - SERVICE DE SOINS INFIRMIERS

Le service de soins infirmiers regroupe, au sein de l'établissement, l'ensemble des personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers.

Il est dirigé par le Cadre Supérieur de Santé – membre de l'équipe de Direction et nommé par le Directeur de l'établissement.

Le Cadre Supérieur de Santé et les Cadres de santé coordonnent, au sein du service dont ils ont la charge, l'organisation et la mise en œuvre des soins infirmiers. Ils en assurent l'animation et la gestion. Ils participent également à l'encadrement et à la gestion des personnels infirmiers, aides-soignants et agents des services hospitaliers.

Les infirmiers accomplissent les actes professionnels relevant de leur compétence et, à ce titre, sont chargés de l'exécution des prescriptions médicales et des protocoles établis par les médecins. Dans le cadre de leur rôle propre, les infirmiers mettent en œuvre les soins nécessaires au maintien du confort du malade, à la préservation de ses fonctions vitales et à son accompagnement.

Les aides-soignants et agents des services hospitaliers faisant fonction donnent des soins d'accompagnement à la vie quotidienne aux patients et aux habitants, à l'exclusion de tout soin médical. Ils collaborent aux soins infirmiers sous la responsabilité des infirmiers et dans la limite de la compétence qui leur est reconnue du fait de leur formation. Ils assurent certaines prestations par délégation de l'infirmière.

Les agents des services hospitaliers ont vocation à accomplir des tâches d'entretien et d'hygiène dans les locaux de soins et en EHPAD. Ils participent au confort des patients et des habitants.

ART.47 - PHARMACIE

La Pharmacie à Usage Interne du Centre Hospitalier de Bar sur Aube a été transférée le 26 juin 2025 à l'Etablissement Public de Santé Mentale de l'Aube de Brienne le Château. Une activité de rétrocession est maintenue sur site.

ART.48 - LABORATOIRE

Pour l'analyse des prélèvements effectués, le Centre Hospitalier a passé une convention avec un laboratoire de biologie médicale.

ART.49 - REEDUCATION

Les soins sont dispensés par des kinésithérapeutes salariés et enseignants en activité physique adaptée. Ils sont assistés par des aides-kiné.

Leur rémunération est prise en charge par l'établissement en ce qui concerne les actes dispensés aux patients des services de soins et d'hébergement. En EHPAD, l'Habitant a le choix de faire appel à un kinésithérapeute libéral extérieur à l'établissement, sous réserve d'une convention.

ART.50 – SERVICES SOCIO-EDUCATIFS

Les services socio-éducatifs sont composés :

- d'une diététicienne qui intervient sur prescription médicale afin d'adapter et de suivre l'alimentation en fonction de l'état de santé et des besoins nutritionnels des patients et habitants
- d'un psychologue qui peut être sollicité pour un soutien psychologique, à la demande du patient, de l'habitant, de ses proches ou de l'équipe soignante
- d'une assistante sociale qui accompagne les patients et leur famille dans les démarches administratives, sociales et médico- sociales, en lien avec la préparation du retour à domicile ou d'une orientation vers une autre structure. Elle intervient également ponctuellement pour les habitants.

Leurs interventions sont réalisées dans le respect de la confidentialité, avec l'accord du patient ou de l'habitant, et en coordination avec l'équipe soignante.

ART.51 - AUTRES INTERVENANTS

Lorsque les circonstances l'exigent, le médecin peut adresser le patient ou l'habitant à un médecin spécialiste :

- pour les personnes admises en service de Soins (Médecine, Soins Médicaux et de Réadaptation), les honoraires de ce dernier, ainsi que les frais de déplacement, sont pris en charge par le Centre Hospitalier,
- pour les personnes hébergées en EHPAD, les honoraires dus sont à leur charge.

Les intervenants extérieurs à l'établissement sont soumis à la signature d'une convention.

Information sur les soins

ART.52 - CONSENTEMENT

Sauf disposition légale spécifique, aucun acte ou traitement médical ne peut être entrepris, sans que le patient en ait été préalablement et précisément informé et ait donné son consentement libre et éclairé.
En cas d'urgence mettant en jeu la vie du patient ou d'impossibilité de recueillir le consentement éclairé de ce dernier, les médecins dispensent les soins qu'ils estiment nécessaires, dans le respect de la vie et de la personne humaine. Ils en tiennent informés, dès que possible, les proches, la personne de confiance.

Sauf disposition législative contraire, aucun test de dépistage systématique des maladies contagieuses ne peut être effectué.

ART.53 - INFORMATION DU PATIENT / DE L'HABITANT

Les personnes hospitalisées et les habitants doivent être informés par tous les moyens adéquats du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins.

Dans le respect des règles déontologiques qui leurs sont applicables, les praticiens de l'Hôpital assurent l'information des patients et habitants, qui doit être appropriée, accessible et loyale. Les personnels paramédicaux participent à cette information, dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.

Les patients et les habitants sont associés aux choix thérapeutiques qui les concernent.

ART.54 - DOSSIER MEDICAL

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé et pour chaque habitant.

Les dossiers médicaux sont conservés conformément à la réglementation relative aux archives hospitalières.

Le Directeur veille à ce que toutes les mesures soient prises pour assurer la communication du dossier médical du patient et de l'habitant, si besoin est.

ART.55 - COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

L'hôpital est tenu d'informer par lettre le médecin traitant du patient et de l'habitant.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, édicte que :

- toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé. Ces informations sont formalisées et contribuent à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement,

- toute personne peut accéder à son dossier médical directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne, et en obtenir communication dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de 48 heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de 5 ans,

- la présence d'une tierce personne lors de la consultation des informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire pour des motifs

tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée,

- le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants-droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès,

- la demande de copie du dossier médical doit être faite par écrit auprès de la direction du Centre Hospitalier. Un formulaire est disponible au secrétariat de direction pour vous aider dans votre démarche.

En cas de transfert du patient dans un autre établissement assurant le service public hospitalier, les données du dossier médical sont transmises à la demande dudit hôpital. Ces transmissions sont effectuées dans des conditions permettant d'assurer la continuité des soins.

ART.56 - TRAITEMENTS INFORMATIQUES

À l'occasion de l'admission et du séjour du patient ou de l'habitant, des informations nominatives le concernant, d'ordre administratif ou médical, sont recueillies par le personnel. Elles font l'objet de traitements par des moyens informatiques.

L'établissement veille à la sécurité matérielle et technique du traitement et de la conservation de ces informations ; les personnels en assurent la stricte confidentialité.

Ces traitements ne doivent porter atteinte ni à la vie privée, ni aux libertés publiques et individuelles. La loi n°18-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés a pour but de veiller au respect de ces principes. Elle prévoit un droit d'information, d'accès et de rectification par le patient ou l'habitant, pour les informations nominatives qui le concernent et qui sont contenues dans un traitement informatique. Les dispositions principales de cette loi sont affichées dans les services accessibles aux patients et habitants.

La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) est l'organisme officiel chargé de faire respecter les dispositions de cette loi. Tout traitement informatique spécifique mis en œuvre au sein de l'établissement et gérant des données nominatives doit être déclaré à la CNIL, avant qu'il ne soit mis en exploitation. Pour tout renseignement à ce sujet, les patients et habitants peuvent s'adresser à la Direction de l'établissement.

ART.57- PERSONNE DE CONFIANCE

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le patient ou l'habitant le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée

avant la mesure de protection, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

Rôle de la personne de confiance :
La personne de confiance pourra seconder le patient ou l'habitant dans toutes ses démarches administratives au sein de l'établissement d'accueil. Elle aura le droit de se faire communiquer les informations jusqu'ici réservées à la famille, au patient ou à l'habitant lui-même. Elle pourra assister aux entretiens médicaux et être consultée en cas d'impossibilité pour le patient ou l'habitant de s'exprimer.

ART.58- DIRECTIVES ANTICIPEES RELATIVES A LA FIN DE VIE

Les directives anticipées, introduites par la Loi dite Léonetti du 22 avril 2005, permettent à tout personne majeure d'écrire ses souhaits relatifs à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de limitation ou de l'arrêt de traitement. Elles ont une durée illimitée mais sont révisables à tout moment et ne sont pas obligatoires mais le document doit être rendu complété par les directives anticipées ou non.
Ce document est donné au rendez-vous de pré admission. En cas d'aide ou d'information complémentaire, il est possible de se renseigner auprès du psychologue ou de l'équipe soignante.

Satisfaction et réclamations

ART.59 – EVALUATION DE LA SATISFACTION

Dans une démarche d'amélioration continue, un questionnaire de sortie est proposé aux patients de médecine/SMR afin d'évaluer leur satisfaction

Un questionnaire de satisfaction est proposé chaque année aux habitants afin de recueillir leur avis et de mettre en œuvre, le cas échéant, des actions d'améliorations.

ART.60 - RECLAMATIONS ET VOIES DE RECOURS

Le patient, l'habitant ou ses ayants-droit peuvent faire part directement au Directeur de leurs observations et réclamations. Le Directeur est tenu de leur donner les explications qu'ils sollicitent.

Le Directeur reçoit les usagers, les familles et le personnel sur rendez-vous.

Dispositions relatives à la sécurité

ART.61 - NATURE DES REGLES DE SECURITE

En tant que responsable de la conduite générale de l'établissement, le Directeur édicte les règles de sécurité par voie de recommandations générales ou de consignes particulières, dans le respect des lois, des règlements et des principes généraux du droit.

La F3SCT et le CSE examinent les problèmes susceptibles de mettre en danger la sécurité de l'Établissement et proposent les améliorations souhaitables.

ART.62 - OPPOSABILITE DES REGLES DE SECURITE

Les règles de sécurité ont pour but de limiter les risques accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que l'établissement assure à ses usagers.

Elles visent également à protéger le personnel et son outil de travail, ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement.

Quelle que soit la raison de sa présence au sein de l'établissement, toute personne doit se conformer aux règles de sécurité et respecter les indications qui lui sont données.

Sécurité générale

ART.63 - ACCES A L'HOPITAL

Les conditions matérielles de l'accès à l'hôpital sont organisées par le Directeur qui, le cas échéant, peut prendre dans l'intérêt général les mesures restrictives qui lui paraissent nécessaires. Le Directeur suivra les directives réglementaires en cas de plan d'urgence ou d'état de crise sanitaire (Plan de Gestion des Tensions Hospitalières et des Situations Sanitaires Exceptionnelles et Plan Bleu en EHPAD).

De même, pour des raisons de sécurité, le Directeur peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux. Lorsqu'elles concernent les tiers, les limitations ou interdictions d'accès doivent être clairement affichées, avec mention explicite des risques encourus et des responsabilités éventuelles.

Les animaux peuvent être acceptés sur autorisation spéciale.

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

Il est interdit de sortir de l'établissement toute denrée alimentaire ou tout ce qui peut appartenir au patient ou à l'habitant.

ART.64 - CALME ET TRANQUILLITE AU SEIN DE L'HOPITAL

Tout accompagnant ou visiteur est invité à respecter le calme et la sérénité au sein de l'établissement. En cas de non-respect de cette consigne, il peut lui être enjoint de quitter l'établissement. Si nécessaire, il peut être fait appel aux forces de l'ordre.

ART.65 - REGLES DE RESPONSABILITE

L'établissement assure en cas de menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages, la protection des agents qui en sont victimes à l'occasion de leurs fonctions.
Les victimes des dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel ; le Directeur porte plainte pour les dommages subis pour l'établissement et ses agents.

Sécurité du fonctionnement

ART.66 - RECHERCHE DE LA MAITRISE DES RISQUES

Sur la base d'une évaluation des risques et dans le respect du cadre législatif et réglementaire concernant les divers aspects de la sécurité du fonctionnement de l'établissement, le Directeur définit et met en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des services et instances concernés.

Il informe régulièrement, pour la partie qui les concerne, toutes les instances représentatives locales compétentes de l'application des plans d'action et de prévention. Il organise la mise en œuvre de cette politique de façon à ce qu'elle soit accompagnée des autorisations nécessaires et qu'elle soit régulièrement soumise aux vérifications et contrôles obligatoires.

Conformément à la réglementation, la médecine du travail assure la prévention, la surveillance de la santé des agents au travail et la bonne adaptation aux postes occupés.

ART.67 - REGISTRE DE SECURITE

L'établissement est assujetti aux règles de sécurité incendie applicables à tous les établissements ouverts au public. Certaines de ses installations (chaufferies, dépôts de liquides inflammables, etc.…) doivent, en outre, être conformes aux dispositions de la loi du 19 juillet 1976 relative aux installations classées pour la protection de l'environnement.

L'établissement doit tenir un registre de sécurité sur lequel sont reportés les renseignements indispensables à la prévention des accidents de toutes origines, et notamment des incendies. Ces renseignements sont communiqués à la commission départementale de sécurité à l'occasion de ses passages au sein de l'établissement.

Le personnel est initié à la maîtrise des matériels de lutte contre l'incendie. Il est en possession d'une fiche réflexe incendie. Un plan d'évacuation détaillé est préparé et régulièrement mis à jour par le chef de sécurité et communiqué à la F3SCT. Les portes et couloirs doivent permettre une circulation rapide et un accès aisé. Il est interdit de les obstruer par des dépôts de matériels même de façon provisoire.

L'entretien des systèmes d'alarme est assuré en permanence, et vérifié par des essais périodiques.

Les divers locaux et équipements de l'établissement font l'objet de visites techniques par la commission de sécurité. Des inspections et des essais de bon fonctionnement sont effectués en liaison étroite avec les sapeurs-pompiers, en vue de détecter les défectuosités éventuelles des installations électriques ou les risques d'explosion.

ART.68 - INTERDICTION DE FUMER

Décret 2006-1386 du 4 novembre 2006 concernant l'interdiction de fumer dans les locaux affectés à un usage collectif.

Il est interdit de fumer ou de vapoter dans l'ensemble des locaux de l'établissement. Les personnes désireuses de fumer sont priées de sortir des locaux de l'établissement.

ART.69 - CIRCULATION ET STATIONNEMENT AUTOMOBILES

Les voies de desserte et les parcs automobiles situés dans l'enceinte de l'établissement constituent des dépendances du domaine public du Centre Hospitalier. Les autorités hospitalières créent, aménagent et organisent des espaces conformément aux besoins du service public.

Ces voies ouvertes seulement au personnel et aux usagers de l'établissement, ne peuvent être considérées comme des voies ouvertes à la circulation publique.

En cas de vol, de dommage ou d'accident, les règles de droits communs de la responsabilité et de l'indemnisation s'appliquent au sein de l'établissement.

Un plan général de circulation est soumis aux instances représentatives locales de l'établissement.

En matière de circulation, le Directeur peut délivrer des autorisations d'accès, limiter les vitesses, préciser les priorités, interdire ou réserver l'usage de certaines voies, interdire ou réglementer l'entrée de certains véhicules. En matière de stationnement, il peut également, définir les conditions d'arrêt minute, délivrer des autorisations de stationnement, interdire ou réserver des lieux de stationnement.

Toutes les dispositions prises dans le cadre du présent chapitre doivent être matérialisées ou signalées, et tous les automobilistes sont tenus de s'y conformer.
Leur attention doit être attirée sur le fait que les facilités de circulation et de stationnement qui leur sont consenties ne constituent pas un droit et que, sauf dans l'hypothèse d'une faute de l'établissement, elles ne sauraient donc engager la responsabilité de l'établissement, notamment en cas de vols ou dommages.

Vie sociale de l'Établissement

ART.70 - REGLES GENERALES

La vie hospitalière et institutionnelle requiert de l'usager le respect d'une certaine discipline qui s'exerce dans son intérêt propre et dans l'intérêt des autres patients ou habitants. Il est recommandé :

- de veiller à ne pas gêner, par ses comportements ou ses propos, les autres patients et habitants ou, le fonctionnement du service,
- d'observer une bonne hygiène corporelle et une tenue décente au cours de ses déplacements dans l'enceinte de l'hôpital,
- de respecter le bon état des locaux et des objets qui sont à sa disposition. Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du patient ou de l'Habitant pour motif disciplinaire,
- de respecter dans l'intérêt général, certains horaires définis pour chaque service.

Les usagers peuvent se déplacer librement au sein de l'établissement.

ART.71 - ASSOCIATIONS DE BENEVOLES

Les associations de bénévoles proposent, des activités au bénéfice des patients et habitants au sein de l'établissement. Elles doivent, préalablement à leurs interventions, obtenir l'autorisation du Directeur et lui fournir une liste nominative des personnes qui interviendront. Elles sont soumises à la signature d'une convention.

Les personnes bénévoles ne doivent dispenser aucun soin et faire preuve d'indépendance philosophique, politique et religieuse.

ART.72 - ACCES DES PROFESSIONNELS DE LA PRESSE

L'accès des professionnels de la presse (journalistes et photographes) et les modalités d'exercice de leur profession au sein de l'établissement doivent préalablement faire l'objet d'une demande d'autorisation auprès du Directeur.

L'accès des professionnels de la presse auprès du patient ou de l'habitant est subordonné au consentement libre et éclairé de ce dernier, après autorisation du Directeur.

ART.73 - INTERDICTION D'ACCES AUX DEMARCHEURS, PHOTOGRAPHES, AGENTS D'AFFAIRES ET ENQUETEURS

L'accès à l'établissement et à ses dépendances est interdit aux démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs, sauf autorisation spécifique de la Direction.

ART.74 – COURRIER

Le courrier est distribué chaque matin. Les correspondances à envoyer sont à déposer affranchies soit au bureau des admissions, soit dans la boite aux lettres située dans le hall de l'EHPAD.
Les lettres recommandées, colis sont remis personnellement aux intéressés.

ART.75 - DEPOT DES SOMMES D'ARGENT, DES TITRES ET VALEURS, DES MOYENS DE REGLEMENT ET DES OBJETS DE VALEUR

Lors de son admission, le patient ou l'habitant (ou son représentant légal), est informé oralement et par une note écrite du régime de responsabilité de l'établissement en cas de vol, perte ou détérioration d'un objet lui appartenant. Un accusé de réception de ces informations est versé au dossier administratif.

Le patient ou l'habitant est invité à n'apporter dans l'établissement que les objets strictement utiles à son hospitalisation ou à son hébergement. Il est informé qu'il peut, au moment de son admission, déposer ses valeurs, moyens de paiement et bijoux auprès du régisseur de l'établissement qui les déposera à la trésorerie, conformément aux dispositions de la loi du 6 juillet 1992 et du décret du 27 mars 1993. Les personnes dépositaires pourront les récupérer à leur demande.

ART.76 - EXERCICE DES CULTES

Les personnes accueillies doivent pouvoir participer à l'exercice du culte de leur choix. L'hôpital dispose d'une chapelle et d'un lieu pouvant servir de lieu de culte, de prière ou de recueillement aux différentes confessions.

Des ministres des différents cultes, agréés par le Directeur de l'établissement, sont à la disposition des patients ou des habitants, sur simple demande de leur part.

ART.77 - RECOMMANDATIONS AUX VISITEURS

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients et des habitants, ni gêner le fonctionnement du service. Ils sont invités par le personnel à se retirer des chambres pendant l'exécution des soins et examens pratiqués.

Les patients et habitants peuvent demander au cadre de santé, responsable du service de limiter voire interdire leurs visites.

Les visiteurs doivent respecter strictement l'interdiction de fumer prévue par la loi.

Il est interdit aux visiteurs d'introduire dans les salles ou chambres des médicaments, sauf accord exprès du médecin et, dans tous les cas, des boissons alcoolisées ou des produits toxiques, de quelque nature qu'ils soient.

Dans l'intérêt du patient et de l'habitant, il est veillé à ce que ne leur soient pas remises des denrées ou des boissons, même non alcoolisées, incompatibles avec leur régime alimentaire.

ART.78 - RESPECT DE LA PERSONNE ET DE SON INTIMITE

Le respect de l'intimité du patient et de l'Habitant doit être préservé en toutes circonstances, en particulier lors des soins, des toilettes et d'examen médical.
Les personnels et les visiteurs doivent frapper avant d'entrer dans la chambre et n'y pénétrer, dans la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par l'intéressé.

Le tutoiement et toute forme de familiarité avec les usagers sont proscrits, sauf en cas d'accord explicite de ces derniers.

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

ART.79 - DROITS CIVIQUES

En application des dispositions du Code électoral, les patients hospitalisés ou les Habitants hébergés, qui, en raison de leur état de santé ou de leur condition physique, sont dans l'impossibilité de se déplacer le jour d'un scrutin, peuvent exercer au sein de l'établissement, leur droit de vote, par procuration.

Chaque demande de procuration doit être effectuée auprès de la gendarmerie par l'habitant, le patient, par la famille ou le représentant légal.

ART.80 - INTERDICTION DES POURBOIRES

Le personnel ne peut en aucun cas recevoir de pourboires à titre de gratification.

ART.81 - PRESTATIONS DIVERSES

Coiffeur : deux coiffeuses professionnelles interviennent dans le salon de coiffure de l'Établissement, situé à l'EHPAD La Dhuy sous réserve de la signature d'une convention. Les prises de rendez-vous sont faites au niveau de chaque service ou directement auprès des coiffeuses. Elles peuvent également intervenir en chambre.

Mini-boutique : une mini-boutique existe dans le hall de la Dhuy rez-de-chaussée. Elle permet à ceux qui le désirent de se procurer : des confiseries, des boissons non alcoolisées, des produits de toilette.

Dispositions relatives aux décès

ART.82 - ACCOMPAGNEMENT EN FIN DE VIE

Lorsque l'état de la personne accueillie s'aggrave, la personne de confiance est informée de manière prioritaire, sans délai par un agent de l'établissement dûment habilité et par tous les moyens appropriés.

La famille ou les proches peuvent demeurer auprès du patient ou de l'habitant et l'assister dans ses derniers instants. Ils peuvent également prendre leur repas au sein de l'Établissement et y demeurer sur des horaires élargis. Les repas fournis par l'établissement, restent à la charge des personnes qui en bénéficient. Un studio peut être loué auprès de la Résidence de Courcelles situé en face de l'hôpital.

ART.83 - DECES CONSTATE

Les décès sont constatés conformément aux dispositions du Code Civil, par un médecin de l'Établissement ou un infirmier formé à la déclaration de décès en EHPAD. Cette constatation effectuée, la personne de confiance est informée du décès, de manière prioritaire.

Le personnel de soins du service :

- s'assure des dernières volontés et des directives anticipées de la personne,
- dresse l'inventaire,
- appose sur le corps un bracelet d'identification.

La loi du 22 avril 2005 sur les droits des malades et sur la fin de vie encadre pour les personnes majeures la rédaction de leurs « directives anticipées » pour le cas où elles seraient un jour hors d'état d'exprimer leur volonté quant à la limitation ou l'arrêt des traitements médicaux en fin de vie. Les « directives anticipées » doivent être formulées dans un document écrit, daté et signé par leur auteur. Ce dernier s'identifiera également par son nom, son prénom, ainsi que la date et le lieu de sa naissance. La validité des directives anticipées est de trois ans, elles pourront être renouvelées, modifiées ou révoquées par la suite. Les documents peuvent être conservés non seulement par l'auteur mais aussi par le médecin qu'il aura choisi ou par un proche. Dans tous les cas, l'existence de ces directives doit alors être mentionnée dans le dossier médical du patient.

Le médecin ou l'infirmier formé doit remplir un certificat de décès dans les formes réglementaires, qui doit être transmis à la mairie.

La notification du décès est faite au mandataire judiciaire, pour les personnes placées sous protection juridique.

L'agent des admissions complète le registre des décès de l'établissement et la déclaration de décès qui seront transmis à la mairie accompagnée du certificat de décès.

Pour les habitants de l'EHPAD, la chambre du défunt doit être libérée si possible dans les trois jours suivants le décès et dans un délai maximum de 6 jours. Tant que la chambre n'est pas libérée des affaires personnelles de l'habitant, la période de facturation se poursuit selon les règles suivantes :

- les 24 premières heures suivant le décès ne seront pas facturées,
- à partir du deuxième jour jusqu'au sixième jour inclus, un tarif de réservation sera appliqué.

Au-delà de ce délai de 6 jours, si la chambre n'a toujours pas été libérée, les affaires personnelles de l'habitant seront entreposées dans l'établissement en attente de leur réclamation. Passé un délai d'un an et un jour, ces biens seront considérés comme abandonnés si aucun membre de la famille n'a manifesté d'intérêt ou n'a exprimé ses choix : *« Conformément à l'article L 1113-7 du code de la santé "…les objets non réclamés seront remis, un an après la sortie ou le décès de leur détenteur, à la Caisse des dépôts et consignations s'il s'agit de sommes d'argent, titres et valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, à l'administration chargée des domaines aux fins d'être mis en vente". L'administration chargée des domaines peut, dans les conditions fixées par voie réglementaire, refuser la remise des objets dont la valeur est inférieure aux frais de vente prévisibles. Dans ce cas, les objets deviennent la propriété de l'établissement détenteur. »*

ART.84 - DEPOT DES CORPS A LA CHAMBRE MORTUAIRE

La famille peut se recueillir auprès du défunt avant que le corps ne soit déposé dans la chambre mortuaire.

Le corps est déposé, avant tout transfert, à la chambre mortuaire de l'établissement. De là, il ne peut être transféré hors de l'établissement que dans les conditions prévues aux articles ci-après relatifs à la mise en bière et au transport, et avec les autorisations prévues par la loi.

Dans la mesure du possible et avant toute présentation, les agents de l'établissement prennent en compte les souhaits de la famille en ce qui concerne des pratiques religieuses désirées pour la présentation du corps ou la mise en bière.

Lorsque le patient ou l'habitant repose à la chambre mortuaire de l'hôpital, ce service est gratuit pendant 3 jours, un forfait à partir de 3 jours est appliqué, au-delà de 6 jours un forfait par journée sera facturé.

ART.85 - TRANSPORT SANS MISE EN BIERE

Le transport du corps dans une chambre funéraire extérieure à l'établissement située sur le territoire de la commune du lieu du décès doit intervenir dans un délai de vingt-quatre heures à compter du décès. Ce délai peut être porté à quarante-huit heures si le corps fait l'objet de soins de conservation.

Le transport au domicile du défunt doit être autorisé par le maire de la commune du lieu de décès. Ce transport doit intervenir dans un délai de vingt-quatre heures à compter du décès. Ce délai peut être porté à quarante-huit heures si le corps a subi des soins de conservation.

L'autorisation est subordonnée :

- à la demande de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil ainsi que de son domicile,
- à l'accord écrit du médecin du service où a lieu le décès ou de son représentant,
- à l'accord écrit du Directeur de l'établissement,
- à l'accomplissement préalable des formalités légales relatives à la déclaration de décès.

Le corps ne peut être transporté qu'après la pose d'un bracelet, effectuée par le personnel infirmier.

ART.86 - MISE EN BIERE ET TRANSPORT DE CORPS

Avant son transport pour inhumation ou crémation, le corps est mis en bière.

La fermeture du cercueil est autorisée par l'officier d'état civil du lieu du décès. Cette autorisation est délivrée sur production du certificat du médecin chargé par l'officier d'état civil de s'assurer du décès et attestant que celui-ci ne pose pas de problème médico-légal.

Après accomplissement de ces formalités, et de celles prévues par les articles 78 et suivants du Code Civil concernant la déclaration de décès et l'obtention du permis d'inhumer, il est procédé à la fermeture définitive du cercueil.

Le transport de corps après mise en bière doit avoir été autorisé par l'autorité administrative compétente.

ART.87 - OPERATIONS FUNERAIRES

L'établissement tient à la disposition des familles la liste des régies, entreprises, associations et de leurs établissements habilités à fournir les prestations du service des pompes funèbres. La liste des chambres mortuaires habilitées est à la disposition de toute personne qui le demande auprès des admissions ou du service de soins.

Lorsque dans un délai de dix jours maximums, le corps n'a pas été réclamé par la famille ou par les proches, l'établissement fait procéder à l'inhumation dans les conditions compatibles avec les volontés du défunt et dans la mesure de ses liquidités restantes. Si celui-ci n'a rien laissé, l'établissement applique les dispositions concernant les indigents.

ART.88 - OBJETS ET EFFETS DU DEFUNT

L'inventaire des biens laissés dans la chambre du patient ou de l'habitant est fait par l'établissement après le décès et signé par la famille, qui en récupère une copie.

Les objets de valeur, bijoux et argent, sont versés à la trésorerie. Les héritiers ont la possibilité de les récupérer sur présentation d'un certificat d'hérédité.

Un an après le décès, les valeurs déposées à la trésorerie et non réclamées sont remises à la Caisse des dépôts et consignations lorsqu'il s'agit de sommes d'argent, titres et valeurs mobilières et pour les autres biens mobiliers, au service des Domaines afin qu'ils soient mis en vente.

Chapitre 6 – Dispositions relatives au personnel

ART.89 - DEMANDES D'INFORMATION

Les personnels hospitaliers ont le devoir de satisfaire aux demandes d'information des usagers, dans la limite de leurs prérogatives.

ART.90 - SECRET PROFESSIONNEL

Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients et des habitants, s'impose à tous. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance des personnels dans l'exercice de leur activité, c'est-à-dire non seulement ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu ou compris.

ART.91 - OBLIGATION DE RESERVE ET DE DISCRETION PROFESSIONNELLE

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

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

Les personnels sont tenus, dans l'exécution de leur service, au devoir de stricte neutralité qui s'impose à tout agent collaborant au service public. Ils s'abstiennent notamment de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou déplacés, susceptibles d'importuner ou de choquer les patients, les habitants, les visiteurs et les autres agents de l'établissement.

ART.92 - RESPECT DE LA LIBERTE DE CONSCIENCE ET D'OPINION

La liberté de conscience doit être rigoureusement respectée. Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les patients, les habitants ou sur leurs familles.

ART.93 - SOLLICITUDE ENVERS LES PATIENTS ET LES HABITANTS

Les personnels s'efforcent, sans distinction de grade ou de fonction, d'assurer au mieux le confort physique et moral des patients et des habitants dont ils ont la charge.

D'une manière générale, ils prennent toutes dispositions, dans l'exercice de leurs fonctions, pour contribuer personnellement au climat de sécurité et de calme indispensable au sein des locaux de l'établissement.

La prise en charge de la douleur doit être une préoccupation constante de tous les personnels.

Obligations éthiques et/ou professionnelles

ART.94 - OBLIGATION DE DESINTERESSEMENT

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

ART.95 – RESPECT DE LA LAÏCITE

Tout agent public a un devoir de stricte neutralité et est tenu de se montrer exemplaire dans l'exercice de ses fonctions. Il doit traiter de manière égale tous les usagers et respecter leur liberté de conscience, conformément à la charte de la laïcité affichée dans l'établissement et signée par chaque professionnel.

ART.96 - INTERDICTION D'EXERCER UNE ACTIVITE PRIVEE LUCRATIVE

Les personnels de l'établissement sont tenus de se consacrer à leurs fonctions. Il leur est interdit d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative, de quelque nature qu'elle soit.

Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par la réglementation générale sur les cumuls, énoncées notamment par le décret – loi du 29 octobre 1936.

ART.97 - INTERDICTION DE BENEFICIER D'AVANTAGES EN NATURE OU EN ESPECES

Il est interdit aux personnels de l'établissement de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces, lorsque ceux-ci sont obtenus auprès d'entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de Sécurité Sociale.

Conformément à l'article 81 du présent règlement, les agents ne doivent accepter des patients, des habitants ou de leurs familles, aucune rémunération liée à l'exécution de leur service.

ART.98 - EXECUTION DES INSTRUCTIONS REÇUES

Tout agent de l'établissement, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique.

ART.99 – SIGNALEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES

Tout agent doit aviser son supérieur hiérarchique, dans les meilleurs délais, des évènements indésirables de toute nature dont il a connaissance. Chaque agent est encouragé à rédiger des fiches d'évènements indésirables sur Bluemedi, plateforme de gestion documentaire de l'établissement.

Ces déclarations, anonymes et non punitives, ont pour objectif d'identifier les situations à risque, d'analyser les causes et de mettre en place des actions d'amélioration.

ART.100 - OBLIGATION DE SIGNALEMENT DES INCIDENTS LIES A L'UTILISATION DES PRODUITS ET BIENS DE SANTE.

Tout agent de l'établissement qui a connaissance d'un effet indésirable, grave inattendu, d'un incident ou d'un risque d'incident lié à l'utilisation d'un médicament, d'un produit sanguin labile ou d'un dispositif médical, est tenu d'en alerter immédiatement son responsable hiérarchique et le correspondant local assurant au sein de l'établissement la vigilance sanitaire pour la catégorie du produit concerné.

Pour faciliter le signalement, des fiches d'évènements indésirables sont à disposition.

ART.101 - TEMOIGNAGE EN JUSTICE

Tout agent de l'établissement appelé à témoigner en justice ou auprès des autorités de police sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service, doit en prévenir le Directeur.
A l'issue de son audition en justice ou auprès des autorités de police, il informe le Directeur.
L'agent peut être accompagné d'un cadre ou toute autre personne désignée par la direction.

ART.102 - BON USAGE DES BIENS DE L'ETABLISSEMENT

Les membres du personnel doivent veiller à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à leur disposition par l'établissement.

L'établissement sera amené à exiger un remboursement, en cas de dégradations volontaires ou de négligence caractérisée.

Tout matériel ou tout produit de quelque nature que ce soit ne peut sortir de l'établissement sans autorisation du Directeur.

ART.103 - ASSIDUITE ET PONCTUALITE

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

ART.104 - DEPOT DES BIENS TROUVES OU CONFIES PAR LES PATIENTS ET HABITANTS

Aucun agent de l'établissement ne doit conserver des objets, documents ou valeurs confiés par les patients et les habitants.

ART.105 - RESPECT DES REGLES D'HYGIENE ET DE SECURITE

Tous les agents de l'établissement doivent observer strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service. En ce qui concerne l'hygiène des mains dans les services de soins et restauration, les bijoux et le vernis sont proscrits et les ongles doivent être coupés courts, les cheveux doivent être attachés.

Ils doivent notamment à cet effet porter en présence des patients et habitants, les tenues fournies par l'établissement et respecter l'interdiction de fumer ou de vapoter. Les tenues professionnelles ne doivent ni être portées, ni entretenues en dehors de l'établissement.

Ils ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer la sécurité générale de l'établissement et de ses usagers.

ART.106 - EXIGENCE D'UNE TENUE CORRECTE

La tenue est un élément du respect dû aux patients et aux habitants. Une attitude correcte, tant dans l'habillement que dans le langage, est exigée de l'ensemble du personnel.

ART.107 - LUTTE CONTRE LE BRUIT

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

ART.108 - IDENTIFICATION DES PERSONNELS

Afin de se faire connaître aux patients et à leurs familles, les personnels de l'établissement sont tenus de porter en évidence, pendant l'exécution de leur service, un badge ou tout autre moyen d'identification précisant leur identité et fonction.

ART.109 - HORAIRES DE TRAVAIL – ACCORD LOCAL 35 HEURES

Suivant décret et accord local.

L'accord local se rapportant aux 35 heures est à la disposition des agents.

ART.110 - STAGIAIRES EXTERIEURS

Les stages organisés pour les étudiants et professionnels au sein de l'établissement doivent faire l'objet d'une convention entre l'établissement ou la structure dont dépend le stagiaire.

Les stagiaires sont tenus de respecter les dispositions du présent Règlement Intérieur sous la conduite de la personne responsable de leur stage.

Expression des personnels

ART.111- DROIT D'EXPRESSION DIRECTE ET COLLECTIVE

Le droit à l'expression directe et collective des personnels s'exerce dans le cadre de réunions organisées au moins deux fois par an dans l'enceinte de l'établissement ou du syndicat inter hospitalier, en dehors des lieux ouverts au public, pendant le temps de travail.

ART.112 - DROIT SYNDICAL

Le droit syndical est garanti aux personnels de l'établissement.

Les organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions, disposer d'autorisations spéciales d'absence et de décharges d'activités de service.

Le Directeur garantit l'exercice du droit syndical sous réserve des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis des usagers.

Chapitre 7 – Modalités d'approbation et de modification du Règlement Intérieur

Procédure d'approbation

ART.113 - APPROBATION DU REGLEMENT INTERIEUR

Conformément à l'article R.6143-1-14 du Code de la Santé Publique, le Conseil de Surveillance délibère sur le Règlement Intérieur des hôpitaux.

Cette délibération est précédée de la consultation des instances représentatives compétentes (CVS – CDU - CME – CSE) sur les matières relevant de leur compétence.

Le règlement intérieur a été validé par :
- la CDU le 18 septembre 2025
- le CSE le 19 septembre 2025
- la CME et le Directoire le 9 octobre 2025
- le CVS le 20 octobre 2025

Modification du Règlement Intérieur

ART.114 - PROCEDURE DE MODIFICATION

Les modifications apportées au Règlement Intérieur sont adoptées dans les mêmes formes et selon la même procédure que celles décrites ci-dessus.

Le Règlement Intérieur est à la disposition de tous.

Glossaire

AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
ASH	Agents des Services Hospitaliers
BMR	Bactéries Multi-Résistantes
BPP	Bonnes Pratiques Pharmaceutiques
CAPL	Commissions Administratives Paritaires Locales
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CCG	Commission de Coordination Gériatrique
CDU	Commission Des Usagers
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIV	Cellule d'Identitovigilance
CLAN	Comité de Liaison de l'Alimentation et de la Nutrition
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CLIAS	Comité de Lutte contre les Infections Associées aux Soins
CLUD	Comité de Lutte contre la Douleur
CME	Commission Médicale d'Établissement
CMP	Centre Médico Psychologique
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COMEDIMS	Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSE	Comité Social d'Établissement
CSIRMT	Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechnique
CSIRMTUG	Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechnique Unifiée
CSP	Code de la Santé Publique
CSTH	Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DASRI	Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux
EFS	Établissement Français du Sang
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ELISEA	Éducation, Liaison, Information, Soins, Évaluation en Alcoologie
EOH	Équipe Opérationnelle d'Hygiène
EPP	Évaluation des Pratiques Professionnelles
EPRD	État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
EPSMA	Etablissement Public de Santé Mentale de l'Aube
F3SCT	Formation Spécialisée en matière de Santé, de Sécurité et de Conditions de Travail
GIR	Groupes Iso-Ressources
HAD	Hospitalisation à Domicile
HCS	Hôpitaux Champagne Sud
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'État
Loi HPST	Loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires »
PGFP	Plan Global de Financement Prévisionnel
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
REGEMA	Réseau Gérontologie et Mémoire de l'Aube
RHH	Réseau d'Hygiène Hospitalière
SMR	Soins Médicaux et de Réadaptation
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
UMSP	Unité Mobile de Soins Palliatifs
UVP	Unité de Vie Protégée
VMEH	Visiteur des Malades en Établissements Hospitaliers