

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE		Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--	--

## SOMMAIRE

Préambule : .....	2
Chapitre 1 : Organisation du Centre hospitalier de DUNKERQUE .....	3
1. Les organes décisionnaires .....	3
2. Les instances consultatives générales .....	6
3. Les instances consultatives spécialisées .....	8
4. Les instances spécialisées .....	12
5. Les structures de sécurité sanitaire .....	15
Chapitre 2 : Organisation des soins et fonctionnement médical.....	21
1. Le code de déontologie médicale.....	21
2. Les pôles d'activité cliniques et médico-techniques .....	21
3. La permanence des soins.....	31
4. Le fonctionnement médical.....	35
Chapitre 3 : Mesures de police générale .....	38
1. L'entrée, la circulation et le stationnement.....	38
2. Règles de vie collective.....	39
3. Les visites aux patients hospitalisés .....	40
Chapitre 4 : Dispositions relatives aux hospitalisés et aux consultants externes .....	42
1. Admissions et consultations externes.....	42
2. Conditions de séjour .....	43
3. Le dossier médical .....	45
Chapitre 5 : Règles spécifiques à certains services .....	49
Chapitre 6 : Relations entre médecins hospitaliers, médecins traitants et patients .....	49
Chapitre 7 : Personnes décédées.....	51
1. Décès .....	51
2. Transport de corps.....	52
3. Prélèvement d'organes .....	53
4. Autopsie.....	54
Chapitre 8 : Dispositions relatives aux personnels .....	56
Chapitre 9 : Informatique et libertés, et accès aux documents administratifs .....	60
Chapitre 10: Dispositions relatives au règlement intérieur .....	61
Annexe : Charte du système d'information hospitalier .....	62
Tableau de correspondance entre la version de 2008 et la version de 2003.....	64
Tableau de correspondance entre la version de 2003 et la version de 2008.....	68
TABLE DES MATIERES DETAILLEE.....	70

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE		Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--	--

## **Préambule :**

LE Centre hospitalier de DUNKERQUE est un établissement public de santé communal doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière. Il est régi par le Code de la santé publique.

Son siège est situé 130 avenue Louis Herbeaux, à DUNKERQUE (Nord).  
Adresse postale : B.P. 6 637, 59385 DUNKERQUE Cedex 1.

Le Centre hospitalier de DUNKERQUE est au service de la population de la commune et du territoire de santé à laquelle il assure les soins préventifs, curatifs ou palliatifs ainsi que les examens de diagnostic que requiert son état. Il concourt aussi à l'enseignement et à la recherche dans le domaine de la santé en liaison avec le Centre hospitalier universitaire de LILLE.

Il est régi par les principes fondamentaux de l'égal accès de tous aux soins, de la continuité du service et de l'adaptation continue des moyens aux exigences de qualité de ce service.

De jour comme de nuit, et en toutes circonstances, le Centre hospitalier de DUNKERQUE est en mesure d'accueillir toutes les personnes dont l'état requiert ses services ; il assure leur admission soit en son sein, éventuellement en urgence, soit dans une autre structure de soins.

La dispensation de soins dans le respect des règles déontologiques et professionnelles (notamment en ce qui concerne le secret professionnel et l'information des patients et de leurs proches), le respect de la dignité et de la personnalité du malade, la prise en compte de sa souffrance, et le devoir d'assistance à personne en péril sont des obligations essentielles de l'ensemble des personnels du Centre hospitalier de DUNKERQUE.

La continuité du service est assurée par une organisation adéquate sur le plan des soins et des relations avec les malades et leurs proches, ainsi que dans le domaine technique.

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE		Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--	--

## Chapitre 1 : Organisation du Centre hospitalier de DUNKERQUE

### 1. Les organes décisionnaires

#### Article 1 Le Conseil d'administration et le Directeur

Le Centre hospitalier de DUNKERQUE est administré par un Conseil d'Administration présidé par le Maire de DUNKERQUE. Il est dirigé par un Directeur nommé par le Ministre chargé de la Santé.

#### Article 2 Le Conseil d'administration

Le Conseil d'Administration dont la composition et les compétences sont fixées par le Code de la Santé Publique délibère sur les matières essentielles à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement public. Il arrête le règlement intérieur du Centre hospitalier.<sup>1</sup>

##### Composition :

Il comprend 22 membres.

- Le maire de DUNKERQUE, président de droit
- Trois représentants élus en son sein par le Conseil municipal de la Ville de DUNKERQUE
- Un représentant élus en son sein par le Conseil municipal de la Ville de SAINT POL SUR MER
- Un représentant élus en son sein par le Conseil municipal de la Ville de COUDEKERQUE BRANCHE
- Un représentant élu en son sein par le Conseil général du Nord
- Un représentant élu en son sein par le Conseil régional du Nord Pas de Calais
- Quatre représentants élus en son sein par la Commission médicale d'établissement
- Un représentant élu en son sein par la Commission du service de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- Trois représentants des personnels titulaires du Centre hospitalier désignés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation sur proposition des organisations syndicales les plus représentatives dans l'établissement
- Trois personnalités qualifiées désignées par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, dont un médecin non hospitalier et un représentant des professions paramédicales
- Trois représentants des usagers, désignés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation parmi les associations représentatives d'usagers
- Un représentant des familles des personnes hébergées en Unité de Soins de longue durée nommé par le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation, sur une liste de trois personnes proposées par les familles intéressées selon des modalités fixées ci-dessous (voix consultative)

Le représentant des familles des personnes hébergées en Unité de Soins de longue durée est désigné pour trois ans par le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation du Nord Pas de Calais sur une liste de trois candidats. L'appel à candidature est organisé par le Directeur du Centre hospitalier, par voie d'affichage au sein de l'unité de soins de longue durée, un mois avant le terme du mandat du représentant des familles en exercice.<sup>2</sup>

##### Attributions :

<sup>1</sup> Le projet d'établissement et le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1, après avoir entendu le président de la commission médicale d'établissement ;

---

<sup>1</sup> Art. L.6143-1 et R.6143-1 du Code de la Santé Publique (CSP)

<sup>2</sup> Art.R.6143-21 du CSP

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--

2° La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment pour les urgences ;

3° L'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, ses modifications, ses éléments annexes, le rapport préliminaire à cet état, ainsi que les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale ;

4° Le plan de redressement prévu à l'article L. 6143-3 ;

5° Les comptes et l'affectation des résultats d'exploitation ;

6° L'organisation interne de l'établissement définie à l'article L. 6146-1 ainsi que les procédures prévues à l'article L. 6145-16 ;

7° Les structures prévues à l'article L. 6146-10 ;

8° La politique sociale et les modalités d'une politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;

9° La mise en oeuvre annuelle de la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 et d'actions de coopération définie par le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;

10° Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, ainsi que les conditions des baux de plus de dix-huit ans ;

11° Les baux emphytéotiques mentionnés, les contrats de partenariat conclus en application de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 et les conventions conclues en application de l'article L. 6148-3 et de l'article L. 1311-4-1 du code général des collectivités territoriales ;

12° La convention constitutive des centres hospitaliers et universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;

13° La prise de participation, la modification de l'objet social ou des structures des organes dirigeants, la modification du capital et la désignation du ou des représentants de l'établissement au sein du conseil d'administration ou de surveillance d'une société d'économie mixte locale, dans les conditions prévues par le présent code et par le code général des collectivités territoriales ;

14° Le règlement intérieur.

#### Fonctionnement :

Il se réunit sur convocation de son Président au moins quatre fois par an, et davantage si nécessaire. <sup>1</sup>

L'ordre du jour est arrêté par le président et adressé, sauf en cas d'urgence, au moins sept jours à l'avance à l'ensemble des membres du conseil d'administration ainsi qu'aux personnes qui y siègent avec voix consultative.

En cas d'urgence, le délai peut être abrégé par le Président sans pouvoir toutefois être inférieur à un jour franc. Le président en rend compte au conseil d'administration, qui se prononce définitivement sur l'urgence et peut décider le renvoi de la discussion, pour tout ou partie, à l'ordre du jour d'une séance ultérieure.

Le Président ne peut refuser de convoquer le conseil d'administration si la demande en a été formulée dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article R. 6143-26.

Dans ce cas, la convocation doit intervenir dans le délai maximum de sept jours et le président est tenu d'inscrire à l'ordre du jour la ou les questions qui ont motivé la demande de séance.

A défaut de convocation par le président dans les conditions prévues au précédent alinéa, la convocation est effectuée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. <sup>2</sup>

L'ordre du jour, arrêté par le Président, est adressé en principe sept jours à l'avance au minimum à l'ensemble des membres du Conseil d'Administration par les soins du Directeur. Ce délai peut être raccourci par le Président en cas d'urgence. <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Art.R.6143-26 du CSP

<sup>2</sup> Art.R.6143-27 du CSP

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--

Le secrétariat est assuré à la diligence du directeur. Les délibérations sont conservées par le Directeur. Il les tient à la disposition des administrateurs.<sup>2</sup> Les administrateurs reçoivent un compte rendu de séance dans les quinze jours suivant chaque réunion du Conseil.<sup>3</sup>

Les personnes assistant aux réunions du Conseil sont tenues à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et données comme telles par le Président.<sup>4</sup>

### **Article 3 Le Directeur**

Le Directeur assure la gestion et la conduite générale de l'établissement. Il est chargé de l'exécution des décisions du Conseil d'Administration et met en œuvre la politique définie par ce dernier et approuvée par le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation.<sup>5</sup>

Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement qui ne relèvent pas de la compétence du Conseil d'Administration. Il est assisté par une équipe de Directeurs responsables, sous son autorité, du fonctionnement de l'institution dans un secteur fonctionnel ou géographique déterminé en application de l'organigramme de Direction ; des délégations de signature sont mises en œuvre.

### **Article 4 Le conseil exécutif**

#### Composition<sup>6</sup> :

Dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux, le conseil exécutif, présidé par le directeur, associe à parité :

1° Le directeur et des membres de l'équipe de direction désignés par celui-ci ;

2° Le président de la commission médicale d'établissement et des praticiens désignés par celle-ci, dont au moins la moitié doivent exercer les fonctions de responsables de pôles d'activité

Le nombre de membres du conseil exécutif est fixé par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement dans la limite de douze membres maximum<sup>7</sup>. Ce nombre a été fixé à 12 dans l'établissement.

#### Attributions :

Le conseil exécutif :

1° Prépare les mesures nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement et du contrat pluriannuel et, à ce titre, les délibérations prévues à l'article L. 6143-1. Il en coordonne et en suit l'exécution ;

2° Prépare le projet médical ainsi que les plans de formation et d'évaluation mentionnés aux 2° et 3° de l'article L. 6144-1 ;

3° Contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan de sauvegarde ou de redressement prévu à l'article L. 6143-3 ;

4° Donne un avis sur la nomination des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique et des chefs de services ;

5° Désigne les professionnels de santé avec lesquels la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques prévue à l'article L. 6146-9 peut conduire des travaux conjoints dans les matières relevant de ses compétences.

En cas de partage égal des voix, le directeur a voix prépondérante.

<sup>1</sup> Art.R.6143-27 du CSP

<sup>2</sup> Art.R.6143-30 et R.6143-19 du CSP

<sup>3</sup> Art.R.6143-19 du CSP

<sup>4</sup> Art.R.6143-19 du CSP

<sup>5</sup> Art.L.6143-7 du CSP

<sup>6</sup> Art. L.6143-6-1 du CSP

<sup>7</sup> Art.D.6143-37 du CSP

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE		Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--	--

## **Article 5 Régime de publicité des actes décisionnaires**

Sans préjudice des obligations de publication prévues par d'autres dispositions particulières, les décisions individuelles du Directeur et les délibérations non réglementaires du Conseil d'administration sont notifiées aux personnes physiques et morales qu'elles concernent. <sup>1</sup>

Leurs décisions et délibérations réglementaires sont affichées sur des panneaux spécialement aménagés à cet effet et aisément consultables par les personnels et les usagers. Lorsque lesdites décisions ou délibérations font grief à d'autres personnes que les usagers et les personnels, elles sont, en outre, publiées au bulletin des actes administratifs de la préfecture du département du Nord.

## **2. Les instances consultatives générales**

### **Article 6 Les instances consultatives générales**

Outre le Conseil d'Administration, le Centre hospitalier de DUNKERQUE est doté des instances consultatives suivantes :

1) Une Commission Médicale d'Etablissement <sup>2</sup>:

Cette Commission - représentative des personnels médicaux et pharmaceutiques de l'établissement- participe à la gestion de ces personnels, est dotée de compétences consultatives et est appelée à préparer, avec le conseil exécutif des décisions dans des matières et dans des conditions fixées par voie réglementaire.

2) Un Comité Technique d'Etablissement <sup>3</sup> :

Ce Comité - assurant la représentation des personnels autres que médicaux de l'établissement - est lui aussi saisi pour émettre un avis sur les principaux projets de délibération soumis à l'adoption du Conseil d'Administration et participe au traitement des dossiers d'ordre général concernant ces personnels.

### **Article 7 La Commission Médicale d'Etablissement**

#### Composition :

1<sup>o</sup> Les responsables de pôle d'activité clinique ou médico-technique ainsi que, dans les pôles d'activité comportant plusieurs services ou structures médicales, pharmaceutiques ou odontologiques, les chefs de service ou les responsables des structures médicales, pharmaceutiques et odontologiques mentionnées à l'article R. 6144-7 ;

2<sup>o</sup> En nombre égal à celui des praticiens mentionnés au 1<sup>o</sup>, des représentants des praticiens hospitaliers titulaires élus par l'ensemble des praticiens relevant de ces dispositions autres que ceux mentionnés au 1<sup>o</sup>;

3<sup>o</sup> Cinq représentants au total des médecins, odontologistes et pharmaciens contractuels dont :

- a) Deux représentants élus par et parmi les assistants ;
- b) Deux représentants élus par et parmi les praticiens attachés ;
- c) Un représentant élu par et parmi les praticiens adjoints contractuels ;

4<sup>o</sup> Deux représentants des internes et des résidents, élus par l'ensemble des internes en médecine, des internes en pharmacie, des internes en odontologie et des résidents affectés dans l'établissement ;

<sup>1</sup> Art.L.6143-38 du CSP

<sup>2</sup> Art.L.6143-1, L. 6144-1 et R.6144-1 du CSP

<sup>3</sup> Art.L.6143-1, L.6144-4 et R.6144-40 du CSP

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE		Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--	--

5° Une sage-femme élue par l'ensemble des sages-femmes, siégeant avec voix délibérative lorsque les questions à l'ordre du jour concernent la gynécologie-obstétrique et avec voix consultative pour les autres questions.

Toutefois, le nombre de représentants des personnels mentionnés aux 3° à 5° ci-dessus ne peut être supérieur au nombre des représentants des personnels siégeant au titre du 1°. Dans le cas contraire, il est réduit dans l'ordre inverse d'énumération des collègues mentionnés aux 3° et 4°.

Attributions :

- consultée pour avis sur les projets de délibérations cités à l'article 2 ci-dessus
- prépare avec le Conseil exécutif le projet médical de l'établissement
- organise la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles des praticiens, prépare avec le Conseil exécutif les plans de formation et actions d'évaluation
- émet un avis sur le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- émet un avis sur le fonctionnement des pôles autres que médicaux et pharmaceutiques, dans la mesure où ce fonctionnement intéresse la qualité des soins ou la santé des malades
- émet un avis sur la nomination des responsables de pôle d'activité clinique ou médico-technique
- émet un avis sur les questions individuelles concernant le recrutement et la carrière des praticiens (formation restreinte)
- est tenue régulièrement informée de la situation budgétaire et des effectifs de l'établissement

Les sous-commissions spécialisées de la Commission médicale d'établissement :

**Le nombre de sous-commissions**

La Commission Médicale d'Etablissement du Centre hospitalier de DUNKERQUE comporte 7 sous-commissions :

- 1) Le Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition, CLAN.
- 2) Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales, CLIN.
- 3) Le Comité de Lutte contre la Douleur, CLUD.
- 4) La Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles, COMEDIMS.
- 5) Le Comité Anti Infectieux, CAI.
- 6) Le Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'hémovigilance, CSTH.
- 7) Les autres vigilances : la biovigilance, la pharmacovigilance, la matériovigilance et la réactovigilance sont regroupées dans une sous-commission

**L'organisation des sous-commissions**

Chaque sous-commission se réunit, au minimum, 4 fois par an.

Le président de chaque sous-commission fixe l'ordre du jour des séances de sa sous-commission et en convoque les membres.

Le quorum est fixé à la moitié des membres de la sous-commission plus un.

Néanmoins, si le quorum n'est pas atteint lors de 2 séances consécutives, la sous-commission peut avoir lieu lors de la seconde réunion.

**Article 8 Le Comité Technique d'Etablissement**

Composition <sup>1</sup> :

Le comité comprend, outre le Directeur ou son représentant issu du corps des personnels de direction, président, 32 représentants du personnel (16 membres titulaires et 16 membres suppléants) dont le nombre est fixé comme suit :

---

<sup>1</sup> Art.R.6144-42 et suivants du CSP

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE		Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--	--

2 membres titulaires et 2 membres suppléants représentant les personnels composant le collège des agents de la catégorie A de la fonction publique hospitalière  
6 membres titulaires et 6 membres suppléants représentant les personnels composant le collège des agents de la catégorie B de la fonction publique hospitalière  
8 membres titulaires et 8 membres suppléants représentant les personnels composant le collège des agents des catégories C et D de la fonction publique hospitalière

Attributions <sup>1</sup> :

- émet un avis sur les projets de délibérations cités à l'article 4 ci-dessus
- émet un avis sur les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel
- la politique générale de formation du personnel
- les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité
- est tenu régulièrement informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels de l'établissement

### **3. Les instances consultatives spécialisées**

#### **Article 9 La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques**

La Commission du service de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques <sup>2</sup>:

Elle sera appelée ci-après Commission des soins paramédicaux.

Composition :

La commission des soins paramédicaux est composée de 25 membres avec voix délibérative et de membres avec voix consultative.

Les 25 membres avec voix délibérative :

- le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, membre de droit et président de la commission
- 24 représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en oeuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, et de membres avec voix consultative, soit :

- 9 représentants du collège des cadres supérieurs et des cadres de santé
- 12 représentants du collège des infirmiers, rééducateurs, médico-techniques (9 infirmiers, 1 rééducateur, 2 médico-techniques)
- 3 représentants du collège des aides-soignants

- les membres avec voix consultative :

- les directeurs de soins qui assistent la coordonnatrice générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (voix consultative)
- la directrice de l'Institut de formations en soins infirmiers (voix consultative)
- 1 représentant des étudiants infirmiers de 3<sup>ème</sup> année (voix consultative)
- 1 représentant des élèves aides-soignants (voix consultative)
- 1 représentant de la commission médicale d'établissement (voix consultative)

<sup>1</sup> Art.R.6144-40 et Art.R.6144-41 du CSP

<sup>2</sup> Art.L.6146-9, R.6146-51 et s. du CSP



Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--

Attributions :

Cette commission représente au sein de l'établissement les différents catégories de personnels du Service de Soins, et est consultée sur :

1° L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et de l'accompagnement des malades dans le cadre du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

2° La recherche dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et l'évaluation de ces soins ;

3° L'élaboration d'une politique de formation ;

4° L'évaluation des pratiques professionnelles ;

5° La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ;

6° Le projet d'établissement et l'organisation interne de l'établissement..

Modalités du scrutin :

Les élections prévues à l'article R. 6146-52 susvisé sont organisées par le directeur de l'établissement.

Les électeurs sont convoqués à une date fixée par le directeur sur proposition du Coordinateur général des soins.

4 semaines au moins avant la date fixée, le directeur publie la liste des électeurs et des éligibles, ainsi que le nombre de sièges à pourvoir dans les différents collèges. Pendant 15 jours, après la date de l'affichage, les électeurs et les éligibles peuvent présenter des réclamations sur les listes établies (erreurs ou omissions). Le directeur, en cas de contestation, statue sans délai.

A l'expiration de ce délai le directeur clôture les listes.

La date du scrutin ainsi que ses horaires d'ouverture et de clôture font l'objet d'un avis affiché au moins un mois à l'avance.

Electeurs et éligibles :

Sont électeurs les fonctionnaires titulaires ou stagiaires et les agents contractuels en fonction au moment du scrutin. Sont éligibles tous les électeurs, à l'exception de ceux qui sont en congé de maladie depuis plus d'un an à la date de clôture des listes.

Les membres sont élus au scrutin uninominal majoritaire à un tour et parmi les personnels relevant de chaque collège composant les groupes mentionnés à l'article 2 précédent.

La liste des électeurs est établie par collège. Les personnels inscrits sur la liste électorale prévue à l'article 4 sont éligibles au titre de leur collège.

Les Suppléants :

Le nombre de sièges de suppléants par collège est égal à celui des membres titulaires. La désignation des titulaires et des suppléants ne donne pas lieu à candidatures distinctes. La désignation des titulaires et des suppléants est faite selon l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues.

Déclarations de candidatures :

Les déclarations de candidature, dûment signées, comportent l'indication des noms, prénoms, qualités ainsi que du collège, au titre desquels se présentent les intéressés. Elles sont adressées ou remises au directeur l'établissement, quinze jours au moins avant la date fixée pour le scrutin, le cachet de la poste ou le récépissé de dépôt à la direction, en cas de remise en main propre, faisant foi.

Aucune candidature ne peut être déposée ou retirée après la date limite prévue à l'alinéa précédent.

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--

Si, dans un collège, aucune candidature ne s'exprimait, ce collège ne serait pas représenté.

Le directeur de l'établissement arrête la liste des candidats par collège.

Le vote :

Les bulletins de vote et les enveloppes sont mis à la disposition des électeurs par la direction de l'établissement. Il est établi un bulletin de vote par collège contenant la liste de tous les candidats.

Le vote par correspondance est admis.

L'électeur vote pour son collège. Il peut, sur son bulletin de vote, rayer le nom des candidats qu'il ne souhaite pas élire.

Il place son bulletin de vote dans une enveloppe non cachetée ne comportant aucun signe distinctif.

Les électeurs votant par correspondance doivent placer cette enveloppe dans une enveloppe cachetée mentionnant leur identité leur collège ainsi que le service où il travaille.

Cette enveloppe est adressée par voie postale ou remise au directeur. Elle doit parvenir au bureau de vote avant l'heure de clôture du scrutin. Le directeur tient un registre des votes par correspondance.

Les enveloppes qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'alinéa précédent, les enveloppes parvenues en plusieurs exemplaires sous le nom d'un même électeur, celles comprenant plusieurs enveloppes intérieures ainsi que celles émanant d'électeurs ayant pris part au vote sur place ne sont pas prises en compte pour le scrutin.

Le dépouillement :

Le dépouillement du scrutin a lieu en salle du conseil d'administration en présence du directeur ou de son représentant, du Coordinateur général des soins et d'un candidat de chaque groupe disponible désigné par voie de tirage au sort.

Les bulletins sont valables même s'ils comportent moins de noms que de membres à élire.

Sont considérés comme nuls les bulletins comportant plus de noms que de membres à élire, les bulletins blancs, les bulletins ou enveloppes portant des signes de reconnaissance et les bulletins portant le nom de candidats ne figurant pas sur la liste des candidats.

Les élections ont lieu au scrutin uninominal majoritaire à un tour.

Sont déclarés élus dans un collège, les candidats en qualité de titulaires puis de suppléants, dans l'ordre décroissant des voix obtenues.

Si plusieurs candidats ont obtenu un nombre égal de voix leur permettant de prétendre à un même siège de titulaire ou de suppléant, l'élection est acquise au plus âgé

Le procès verbal :

Un procès-verbal des opérations électorales est établi par la Directeur et affiché immédiatement et pendant six jours francs au cours desquels les éventuelles réclamations sur la validité des opérations électorales sont adressées au directeur.

Un procès-verbal de ces élections est affiché immédiatement et pendant trois jours francs, au cours desquels les éventuelles réclamations sur la validité des opérations électorales sont adressées au directeur général.

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE		Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--	--

## **Article 10 Les Commissions administratives paritaires locales**

Les Commissions administratives paritaires locales (C.A.P.L.) <sup>1</sup>:

### Composition :

Les C.A.P.L. sont au nombre de neuf, et elles regroupent respectivement les corps de catégorie A, les corps de catégorie B et les corps de catégorie C.

corps de catégorie A :

CAP n°1 : personnels d'encadrement technique

CAP n°2 : personnels de catégorie A des services de soins, des services médico-techniques et des services sociaux

CAP n°3 : personnels d'encadrement administratif

corps de catégorie B :

CAP n°4 : personnels d'encadrement technique et ouvrier

CAP n°5 : personnels des services de soins, des services médico-techniques et des services sociaux

CAP n°6 : personnels d'encadrement administratif et des secrétariats médicaux

corps de catégorie C :

CAP n°7 : personnels techniques, ouvriers, conducteurs d'automobile, conducteurs ambulanciers et personnels d'entretien et de salubrité

CAP n°8 : personnels des services de soins, des services médico-techniques et des services sociaux

CAP n°9 : personnels administratifs

Elles comprennent, en nombre égal, d'une part des représentants de l'administration désignés par le conseil d'administration, d'autre part des représentants élus par le personnel.

### Attributions :

Instituées par le conseil d'administration de l'établissement, les commissions administratives paritaires locales sont compétentes pour toutes les questions d'ordre individuel qui concernent les fonctionnaires hospitaliers de l'établissement, notamment la titularisation, la notation, la carrière et les positions statutaires du fonctionnaire.

## **Article 11 Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail**

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (C.H.S.C.T.) <sup>2</sup> :

### Composition :

Ce comité est présidé par le Directeur, ou son représentant, et est composé de neuf représentants du personnel hospitalier non-médical et de deux praticiens hospitaliers désignés par la commission médicale d'établissement.

### Attributions :

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est chargé d'étudier et de donner des avis sur les problèmes relatifs à l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des personnels liées exclusivement aux problèmes d'hygiène et de sécurité. A cet effet, il contribue à la protection de la santé et de la sécurité des salariés de l'établissement et à l'amélioration de leurs conditions de travail.

<sup>1</sup> Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 et décret n°2003-655 du 18 juillet 2003

<sup>2</sup> Art.L.236-1 à L.236-13 et R.236-23 à R.236-39 du Code du travail

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE		Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--	--

#### 4. Les instances spécialisées

##### Article 12 La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ)

La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (C.R.U.Q.)<sup>1</sup> :

##### Composition<sup>2</sup> :

1. Le Directeur du Centre hospitalier ou son représentant
2. Deux médiateurs et leurs suppléants, désignés par le Directeur
3. Deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation du Nord Pas de Calais
4. Le président de la Commission médicale d'établissement ou son représentant
5. Un représentant de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
6. Un représentant du personnel et son suppléant, choisis par les membres du comité technique d'établissement en son sein
7. Un représentant du conseil d'administration et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées

##### Attributions :

Cette commission a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge. Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes.

Elle est consultée sur la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil et la prise en charge, elle fait des propositions en ce domaine et elle est informée de l'ensemble des plaintes ou réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données. A cette fin, elle peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée. Les membres de la commission sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

##### Modalités de communication des plaintes et réclamations à la C.R.U.Q.<sup>3</sup> :

L'ensemble des plaintes et réclamations adressées au Centre hospitalier par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement sont tenues, dans leur intégralité, à la disposition des membres de la commission qui peuvent y accéder pendant les heures ouvrables en s'adressant au Secrétariat de la C.R.U.Q.

Un tableau récapitulatif des plaintes, recensant l'ensemble des dossiers de réclamation en cours, enregistrés par le Secrétariat de la C.R.U.Q. ainsi que le mode de traitement dont ils ont fait l'objet et les éléments de réponse adressés aux Plaignants est adressé à chaque membre de la C.R.U.Q. avant la tenue des Commissions de sorte que chacun ait connaissance des dossiers débattus en séance. Les membres de la C.R.U.Q. sont en outre tenus informés de tout nouvel élément afférent à un dossier antérieurement traité et classé.

<sup>1</sup> Art.L.1112-3 et R.1112-79 à R.1112-94 du CSP

<sup>2</sup> Art.R.1112-81 du CSP

<sup>3</sup> Art.R.1112-80 du CSP

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--

### **Article 13 La commission de l'organisation de la permanence des soins**

La commission de l'organisation de la permanence des soins <sup>1</sup>:

Composition :

- le Directeur ou son représentant, assisté du collaborateur de son choix ;
- le président de la commission médicale d'établissement ou son représentant ;
- des personnels médicaux, dont le nombre et les modalités de désignation, ainsi que celles du président de la commission, sont arrêtés par la commission médicale d'établissement. Parmi ces représentants, la moitié au moins devront être des praticiens accomplissant des permanences de nuit, de samedi après-midi, de dimanche et de jours fériés sous forme de permanence sur place ou d'astreinte.

Les services, départements ou autres structures ayant opté pour une organisation en temps médical continu doivent obligatoirement être représentés par un membre du personnel médical du service, du département ou de la structure concernée.

Attributions :

- définit annuellement avec le Directeur l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité dans la limite des budgets alloués à ce titre
- donne un avis sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la permanence des soins, en s'assurant notamment d'une répartition équilibrée des permanences entre les praticiens
- donne son avis sur les conventions de coopération prévues à l'article 3 de l'arrêté du 30 avril 2003 (gardes et astreintes communes à plusieurs établissements)
- établit un bilan annuel de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins qu'elle adresse au Directeur ainsi qu'au président de la commission médicale d'établissement.

### **Article 14 La commission de l'activité libérale**

La commission de l'activité libérale <sup>2</sup> :

Composition :

La commission comprend :

1° Un membre du conseil départemental de l'ordre des médecins, n'exerçant pas dans l'établissement et n'ayant pas d'intérêt dans la gestion d'un établissement de santé privé, désigné sur proposition du président du conseil départemental de l'ordre des médecins ;

2° Deux représentants désignés par le conseil d'administration parmi ses membres non médecins ;

3° Un représentant de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales désigné par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales ;

4° Un représentant de la caisse primaire d'assurance maladie désigné par le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie ;

5° Deux praticiens exerçant une activité libérale désignés par la commission médicale d'établissement ;

6° Un praticien statutaire à temps plein, n'exerçant pas d'activité libérale, désigné par la commission médicale d'établissement.

Attributions :

Elle est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant ainsi que des stipulations des contrats des praticiens.

<sup>1</sup> Arrêté du 30 avril 2003 modifié relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins, articles 5 à 8

<sup>2</sup> Art.L.6154-5 et R.6154-11 à R.6154-15 du CSP

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--

Elle peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale des praticiens ou en être saisie par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie, le président du conseil d'administration, le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'établissement.

La commission établit chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein de l'établissement et sur les informations financières qui lui ont été communiquées en application du dernier alinéa de l'article L. 6154-5.

### **Article 15 Le comité de lutte contre la douleur (C.L.U.D.)**

Le comité de lutte contre la douleur <sup>1</sup>:

Le C.L.U.D. est une sous-commission de la Commission médicale d'établissement.

#### Composition :

- 1) le directeur ou son représentant
- 2) le président de la commission médicale d'établissement
- 3) le collège des praticiens composé de cinq praticiens hospitaliers désignés par la Commission médicale d'établissement (C.M.E.)
- 4) le collège des experts désignés par la C.M.E.
- 5) le collège des experts désignés par la C.S.i.R.M.T.
- 6) le collège des autres experts
- 7) un représentant du Comité technique d'établissement et un représentant du C.H.S.C.T.
- 8) trois représentants des usagers.

#### Attributions :

Le comité a pour rôle de coordonner les actions en matière de formation, information, mise en place de protocoles et d'indicateurs d'évaluation, réflexion sur la politique d'investissement en matière de lutte contre la douleur.

Des consultations de la douleur sont organisées au Centre hospitalier de DUNKERQUE et à l'Hôpital Maritime de ZUYDCOOTE.

### **Article 16 Le collège médical du service de l'information médicale**

Le collège médical du service de l'information médicale <sup>2</sup>:

#### Composition :

Le collège est composé :  
de membres de droit :

- le directeur, ou son représentant
- le président de la commission médicale d'établissement, ou son représentant
- le médecin responsable du Service de l'Information Médicale (S.I.M.)
- le directeur chargé des Affaires financières
- le directeur chargé de la Gestion des patients

<sup>1</sup> Art.L.1112-4 du CSP, Art. R. 6144-30-1 à R. 6144-30-9 du CSP et Circulaire n°DHOS/E2/2002/266 du 30 avril 2002, relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002- 2005 dans les établissements de santé ; Circulaire DHOS/E2/2002/266 du 30 avril 2002, relative à la mise en oeuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé

<sup>2</sup> Circulaire DH/PMSI n°303 du 24 juillet 1989 relative à la généralisation du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et à l'organisation de l'information médicale dans les hôpitaux publics (BOMS n°89/46).

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE		Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--	--

le directeur chargé du Système d'information  
la coordonnatrice générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ou son représentant

et de 9 praticiens désignés par la commission médicale d'établissement, à raison d'un praticien par pôle d'activité

Attributions :

Le collège est consulté sur :

- 3) la définition, la mise en oeuvre et l'évaluation de la politique du dossier patient
- 4) le traitement de l'activité médicale et de l'information médico-économique qui en découle (tableaux de bord, rapports d'activité), de l'enregistrement, de l'analyse et du contrôle qualité de cette information
- 5) les projets du Service d'Information Médicale

Le collège se réunit au minimum une fois par trimestre. Il est convoqué par le directeur de l'établissement. La présence de 4 médecins minimum est requise à chaque réunion du collège.

## 5. Les structures de sécurité sanitaire

### **Article 17 L'instance de consultation et de suivi chargée de la lutte contre les infections nosocomiales - Comité de lutte contre les infections nosocomiales**

L'instance de consultation et de suivi chargée de la lutte contre les infections nosocomiales <sup>1</sup>:

Cette instance est une sous-commission de la Commission médicale d'établissement. Par commodité, l'ancienne appellation de Comité de lutte contre les infections nosocomiales (C.L.I.N.) est conservée.

La définition de l'infection nosocomiale a été actualisée par le CTINILS en mai 2007 et on parle désormais de l'I.A.S. ou infection liée aux soins (voir définition complète sur le lien suivant : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/nosoco/definition/rapport.vcourte.pdf>)

Composition :

- 1) Le directeur et le président de la Commission médicale d'établissement
- 2) le collège des praticiens membres de la Commission médicale d'établissement : 8 membres
- 3) le collège des experts désignés par la C.M.E. : 11 membres
- 4) le collège des experts désignés par la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (C.S.i.R.M.T.) : 10 membres
- 5) le médecin responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière
- 6) un représentant du comité technique d'établissement et un représentant du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
- 7) trois représentants des usagers

Attributions :

L'instance de consultation et de suivi chargée de la lutte contre les infections nosocomiales (ISCLIN/CLIN) est appelée à se prononcer selon le cadre défini par les directives nationales (CTINILS) sur :

la prévention des infections nosocomiales et des risques liés aux soins

la surveillance des infections nosocomiales et de leur signalement

la surveillance de l'environnement

la définition d'actions d'information et de formation de l'ensemble des professionnels de l'établissement en matière d'hygiène hospitalière et de lutte contre les infections nosocomiales

<sup>1</sup> Art.L.6111-1, R.6111-1 à R.6111-7, Art. R. 6144-30-1 à R. 6144-30-9 du CSP

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE		Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--	--

le bon usage des antibiotiques, selon le cadre défini par les directives nationales.

Elle se dote d'une équipe opérationnelle en hygiène ayant des missions d'expertise en hygiène et définit un programme annuel d'actions.

Les décisions de l'instance de consultation et de suivi chargée de la lutte contre les infections nosocomiales (ISCLIN/CLIN) sont mises en œuvre par l'équipe opérationnelle en hygiène aidée par les correspondants en hygiène.

### **Article 18 Le comité des anti-infectieux – C.A.I.**

Le Comité des anti-infectieux est une sous-commission de la Commission médicale d'établissement.<sup>1</sup>

#### Composition :

- 1) le directeur et le président de la Commission médicale d'établissement
- 2) le collège des praticiens membres de la Commission médicale d'établissement : 10 membres
- 3) le collège des experts désignés par la C.M.E. : 7 membres
- 4) le collège des experts désignés par la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (C.S.i.R.M.T.) : 4 membres
- 5) le collège des experts membres de droit : le responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, le correspondant local de biovigilance, d'hémovigilance, de pharmacovigilance, de matériovigilance et de réactovigilance : 4 membres
- 6) un représentant du comité technique d'établissement et un représentant du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
- 7) trois représentants des usagers

#### Attributions :

Le Comité des anti-infectieux est chargé de l'observation de la prescription des anti-infectieux dans l'établissement. Il diffuse des informations et des conseils relatifs aux traitements anti-infectieux.

Il se réunit une fois par trimestre.

### **Article 19 Le correspondant local d'hémovigilance**

Le correspondant local d'hémovigilance<sup>2</sup>:

L'hémovigilance est un élément de la sécurité transfusionnelle. Elle comporte, pour toute unité préparée d'un produit sanguin labile :

1° Le signalement de tout effet inattendu ou indésirable lié ou susceptible d'être lié à l'usage thérapeutique de ce produit ;

2° Le recueil, la conservation et l'accessibilité des informations relatives à son prélèvement, à sa préparation, à son utilisation ainsi qu'aux effets mentionnés au 1° ci-dessus ;

3° L'évaluation et l'exploitation de ces informations en vue de prévenir la survenance de tout effet inattendu ou indésirable résultant de l'utilisation thérapeutique des produits sanguins labiles.

Le correspondant d'hémovigilance est un médecin, ou un pharmacien, désigné par le directeur de l'établissement. Il est désigné après avis de la commission médicale d'établissement.

Il a pour rôle, notamment, d'assurer le signalement de tout effet inattendu ou indésirable dû, ou susceptible d'être dû, à l'administration d'un produit sanguin labile.

<sup>1</sup> Art. L. 6144-1 du CSP

<sup>2</sup> Art.R.1221-43 du CSP



Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE		Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--	--

**Article 20 Le comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance – C.S.T.H.**

Le comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance <sup>1</sup>:

Le C.S.T.H. est une sous-commission de la Commission médicale d'établissement.

Le C.S.T.H. réunit le directeur du Centre hospitalier et celui de l'établissement de transfusion sanguine distributeur ou leurs représentants, les correspondants d'hémovigilance de ces deux établissements et des représentants des personnels médicaux, soignants, médico-techniques et administratifs de l'établissement public de santé.

Composition :

- 1) le directeur et le président de la Commission médicale d'établissement
- 2) le collège des praticiens membres de la C.M.E. dont le responsable des dépôts de sang des Urgences et celui de la Maternité des Bazennes : 9 membres
- 3) le collège des experts désignés par le C.M.E. : 1 membre
- 4) le collège des experts désignés par la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (C.S.i.R.M.T.) : 6 membres
- 5) les membres de droit dont 2 correspondants d'hémovigilance : 10 membres
- 6) un représentant du comité technique d'établissement et un représentant du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
- 7) trois représentants des usagers

Attributions :

Le C.S.T.H. d'établissement a pour mission de contribuer par ses études et ses propositions à l'amélioration de la sécurité des patients qui y sont transfusés.

Il veille à la mise en oeuvre des règles et procédures d'hémovigilance prévues par la présente section. Il est notamment chargé de la coordination des actions d'hémovigilance entreprises au sein de l'établissement de santé

**Article 21 Le correspondant local de pharmacovigilance**

Le correspondant local du centre régional de pharmacovigilance pour les médicaments dérivés du sang <sup>2</sup> :

La pharmacovigilance a pour objet la surveillance du risque d'effet indésirable résultant de l'utilisation des médicaments et produits à usage humain.

Le pharmacien chef de service de la pharmacie du Centre hospitalier est le correspondant du centre régional de pharmacovigilance pour les médicaments dérivés du sang.

Il est responsable au sein de l'établissement de la dispensation et du suivi de ces médicaments. Il participe dans les conditions prévues aux travaux du comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance. Il est responsable de l'enregistrement et de la conservation des informations relatives aux médicaments dérivés du sang.

**Article 22 La sous-commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles - COMEDIMS**

La sous-commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles <sup>3</sup> :

<sup>1</sup> Art.R.1221-44 à R.1221-46, Art. R.6144-30-1 à R. 6144-30-9 du CSP

<sup>2</sup> Art.R5121-181 et R.5121-182 du CSP

<sup>3</sup> Art.L.5126-5 et L.6144-1 du CSP, Art.R.5126-48 à R.5126-53, Art. R.6144-30-1 à R. 6144-30-9 du CSP

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE		Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--	--

La COMEDIMS est une sous-commission de la Commission médicale d'établissement.

Composition :

- 1) le directeur et le président de la Commission médicale d'établissement
- 2) le collège des praticiens membres de la C.M.E.: 10 membres
- 3) le collège des experts désignés par le C.M.E. : 7 membres
- 4) le collège des experts désignés par la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (C.S.I.R.M.T.) : 4 membres
- 5) un représentant du comité technique d'établissement et un représentant du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
- 6) le collège des experts membres de droit : le responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, le correspondant local de biovigilance, d'hémovigilance, de pharmacovigilance, de matériovigilance et de réactovigilance : 4 membres

Attributions :

La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles participe, par ses avis, à la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ainsi qu'à la lutte contre les affections iatrogènes à l'intérieur de l'établissement.

Il lui revient notamment de participer par ses avis à l'élaboration de la liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est préconisée dans l'établissement et des recommandations en matière de prescription et de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles et de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse.

La commission se réunit deux fois par trimestre.

**Article 23 La commission des autres vigilances**

La commission des autres vigilances est une sous-commission de la Commission médicale d'établissement.<sup>1</sup>

Composition :

- 1) le directeur et le président de la Commission médicale d'établissement
- 2) le collège des praticiens membres de la C.M.E.: 3 membres
- 3) le collège des experts désignés par le C.M.E. : 1 membre
- 4) le collège des experts désignés par la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (C.S.I.R.M.T.) : 3 membres
- 5) un représentant du comité technique d'établissement et un représentant du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
- 6) le collège des experts membres de droit : le responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, le correspondant local de biovigilance, d'hémovigilance, de pharmacovigilance, de matériovigilance et de réactovigilance : 7 membres
- 7) trois représentants des usagers

Attributions :

La commission des autres vigilances a pour objet de coordonner les actions menées par les différents comités et commissions chargées des vigilances.

**Article 24 Le correspondant local de biovigilance**

Le correspondant local de biovigilance <sup>2</sup>:

<sup>1</sup> Art. L. 6144-1 du CSP

<sup>2</sup> Art.R.1211-40 à R.1211-45 du CSP

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--

La biovigilance a pour objet la surveillance des incidents et des risques d'incidents relatifs aux éléments et produits du corps humain utilisés à des fins thérapeutiques, et aux produits, autres que les médicaments, qui en dérivent, aux dispositifs médicaux les incorporant et aux produits thérapeutiques annexes, ainsi que des effets indésirables résultant de leur utilisation.

Le correspondant local de biovigilance est médecin, pharmacien, biologiste ou infirmier.

Le correspondant local de biovigilance est chargé, notamment, de recueillir l'ensemble des informations portées à sa connaissance et relatives aux incidents et effets indésirables ; s'assurer de la mise en place, par les services concernés par ces activités, des circuits ou des procédures visant au recueil et à la conservation de tout document utile à la traçabilité des produits d'origine humaine utilisés à des fins thérapeutiques de façon à permettre d'établir un lien entre donneur et receveurs, de tout document utile à la traçabilité des produits thérapeutiques annexes, depuis leur cession par le fabricant jusqu'à leur utilisation, de façon à établir un lien entre le lot de fabrication du produit thérapeutique annexe utilisé et le produit d'origine humaine avec lequel il a été en contact et des résultats des analyses biologiques et des tests de dépistage pratiqués sur le donneur ainsi que des contrôles pratiqués sur les éléments prélevés.

#### **Article 25 Le correspondant local de matériovigilance**

Le correspondant local de matériovigilance <sup>1</sup> :

La matériovigilance a pour objet la surveillance des incidents ou des risques d'incidents résultant de l'utilisation des dispositifs médicaux.<sup>2</sup>

Le correspondant est désigné par le directeur, après avis de la commission médicale d'établissement.

Il est chargé, notamment d'enregistrer, d'analyser et de valider tout incident ou risque d'incident signalé susceptible d'être dû à un dispositif médical et de sensibiliser l'ensemble des utilisateurs aux problèmes de matériovigilance et d'aider à l'évaluation des données concernant la sécurité d'utilisation des dispositifs médicaux.

#### **Article 26 Le correspondant local de réactovigilance**

Le correspondant local de réactovigilance <sup>3</sup> :

La vigilance des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro, dite réactovigilance, a pour objet la surveillance des incidents et des risques d'incidents.

Le correspondant local de réactovigilance est médecin ou pharmacien, doté d'une expérience en matière de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro.

Le correspondant local de réactovigilance est chargé, notamment du signalement et de la déclaration de tout incident ou risque d'incident consistant en une défaillance ou une altération des caractéristiques ou des performances d'un dispositif médical de diagnostic in vitro, ou une inadéquation dans l'étiquetage ou la notice d'utilisation susceptibles d'entraîner ou d'avoir entraîné directement ou indirectement des effets néfastes pour la santé des personnes.

#### **Article 27 Le comité de liaison en alimentation et nutrition – C.L.A.N.**

<sup>1</sup> Art.R.5212-1 à R.5212-17 du CSP

<sup>2</sup> Art.R.5212-1 du CSP

<sup>3</sup> Art.R.5222-10 du CSP

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE		Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--	--

Le comité de liaison en alimentation et nutrition :<sup>1</sup>

Le C.L.A.N. est une sous-commission de la Commission médicale d'établissement.<sup>2</sup>

Composition :

- 1) le directeur ou son représentant
- 2) le président de la commission médicale d'établissement
- 3) le collège des praticiens membres de la C.M.E.: 3 membres
- 4) le collège des experts désignés par la C.M.E. : 4 membres
- 5) le collège des experts désignés par la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (C.S.I.R.M.T.) : 7 membres
- 6) le collège des autres experts : 1 membre
- 7) un représentant du Comité technique d'établissement et un représentant du C.H.S.C.T.
- 8) trois représentants des usagers.

Attributions :

Le C.L.A.N. a vocation à participer par ses avis ou propositions à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des malades, et à la qualité de l'ensemble de la prestation alimentation-nutrition.

A cet effet, le CLAN participe :

- a) Au bilan de l'existant en matière de structures, moyens en matériels et en personnels, et à l'évaluation des pratiques professionnelles dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition.
- b) A la définition des actions prioritaires à mener tant dans le domaine de la nutrition que dans celui de la fonction restauration.
- c) A la préparation du programme annuel d'actions en matière d'alimentation et de nutrition ; il s'assure de la coordination et de la cohérence des actions menées au sein de l'établissement.
- d) A la définition de la formation continue spécifique à ces actions dans le plan de formation.
- e) A l'évaluation des actions entreprises et fournit un appui méthodologique aux différents professionnels concernés.

---

<sup>1</sup> Circulaire DHOS/E 1 n°2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé

<sup>2</sup> Art. L. 6144-1 du CSP

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE		Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--	--

<b>Chapitre 2 : Organisation des soins et fonctionnement médical</b>
--

## 1. Le code de déontologie médicale

### Article 28 Le code de déontologie médicale

Le code de déontologie médicale, inséré dans le code de la santé publique <sup>1</sup>, s'applique aux praticiens de l'établissement.

Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort.

Le médecin doit, en toutes circonstances, respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine.

Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.

Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. Le praticien doit soigner avec la même conscience tous ses malades, quels que soient leur condition, leur nationalité, leur religion, leur réputation et les sentiments qu'ils lui inspirent.

Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.

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

Outre les médecins, les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens et les sages-femmes sont également soumis à un code de déontologie, figurant dans le code de la santé publique <sup>2</sup> et les infirmiers, à des règles professionnelles <sup>3</sup>.

## 2. Les pôles d'activité cliniques et médico-techniques

### Article 29 Les pôles d'activité

Le conseil d'administration a défini l'organisation de l'établissement en 9 pôles cliniques ou médico-techniques sur proposition du conseil exécutif, dans sa délibération du 15 décembre 2006 et leurs règles d'organisation et de fonctionnement dans sa délibération du 21 décembre 2007. Les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes.

Les pôles d'activité clinique et médico-technique sont définis conformément au projet médical de l'établissement. Les structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées peuvent être constituées par les services et les unités fonctionnelles créés en vertu de la législation antérieure à celle issue de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

<sup>1</sup> Art.R.4127-1 à R.4127-112 du CSP

<sup>2</sup> Art.R.4127-201 à R.4127-367 du CSP

<sup>3</sup> Décret n°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE		Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--	--

Par délégation du pôle d'activité clinique ou médico-technique, les services ou autres structures qui le constituent assurent, outre la prise en charge médicale des patients, la mise au point des protocoles médicaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et des soins et le cas échéant l'enseignement et la recherche.

### **Article 30 Les services, départements et unités**

Les unités fonctionnelles sont les structures élémentaires de prise en charge des malades par une équipe soignante ou médico-technique, identifiées par leurs fonctions et leur organisation. Les services sont constitués d'unités fonctionnelles de même discipline.

### **Article 31 Le conseil de pôle**

Dans chaque pôle d'activité, il est institué un conseil de pôle.<sup>1</sup>  
Chaque conseil de pôle est présidé par le responsable de pôle. Les conseils de pôle comportent des membres de droit ainsi que des membres élus.

Les modalités d'organisation et de fonctionnement de ce conseil ont été fixées par la délibération n° 47 du 21 décembre 2007 du conseil d'administration du Centre hospitalier de DUNKERQUE. Elles sont complétées par les dispositions suivantes.

#### POLES CLINIQUES ET MEDICO-TECHNIQUES

##### Composition :

##### 1) Les membres de droit :

Outre le responsable du pôle, président, sont membres de droit du conseil de pôle d'activité<sup>2</sup> :  
Le praticien responsable de chacune des structures internes composant le pôle ;  
Le cadre supérieur de santé, la sage-femme cadre supérieur ou, à défaut, le cadre de santé ou la sage-femme cadre qui assiste le responsable du pôle ;  
Le cadre administratif qui assiste le responsable du pôle ;  
Les personnels d'encadrement de catégorie A ;

Pour les membres de droit, le nombre de cadres supérieurs et cadres de santé (ou sages-femmes) ne peut être supérieur au nombre de praticiens chefs de services ou responsables d'unités fonctionnelles. Il revient, le cas échéant, au cadre supérieur du pôle de désigner les cadres siégeant en qualité de membre de droit.

##### 2) Les membres élus<sup>3</sup> :

Outre les membres de droit, le conseil de pôle comporte des membres titulaires et suppléants élus au scrutin uninominal majoritaire à un tour par et parmi les personnels relevant de chaque corps ou catégorie représentés au sein de deux groupes. Les sièges de suppléants ne donnent pas lieu à candidatures distinctes. La désignation des membres titulaires et suppléants est faite selon l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues.

Au Centre hospitalier de DUNKERQUE, les membres titulaires et suppléants sont élus au scrutin uninominal majoritaire à un tour parmi les personnels relevant de chaque corps ou catégorie représentés au sein de deux groupes (groupe des médecins, odontologistes et pharmaciens ; groupe des personnels de la fonction publique hospitalière).

<sup>1</sup> Art. L.6146-2 du CSP

<sup>2</sup> Art. R.6146-12 du CSP

<sup>3</sup> Art. R.6146-13 du CSP

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE		Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--	--

Les sièges de suppléants ne donnent pas lieu à candidatures distinctes. La désignation des membres titulaires et suppléants est faite selon l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues.

Les personnels de la fonction publique hospitalière sont regroupés en 3 collèges :

Collège 1 : personnels infirmiers, de rééducation, médico-techniques, sages-femmes, psychologues (catégories A et B)

Collège 2 : personnels soignants AS, ASHQ (catégorie C)

Collège 3 : personnels administratifs et techniques

Les personnels titulaires, stagiaires ou contractuels, sont électeurs et éligibles au sein des corps, catégories ou collèges de l'un ou l'autre des deux groupes ci-dessous :

1° Le groupe des médecins, odontologistes et pharmaciens comprend notamment les corps ou catégories suivants : praticiens hospitaliers à temps plein et à temps partiel, chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux et assistants hospitaliers universitaires, assistants et assistants associés, praticiens contractuels et praticiens adjoints contractuels, praticiens attachés et praticiens attachés associés, internes et résidents ;

2° Le groupe des personnels de la fonction publique hospitalière comprend les différents corps et catégories des personnels régis par le titre IV du statut général des fonctionnaires.

Pour les membres élus, le nombre de suppléants est égal au nombre de titulaires.

Dans le groupe des praticiens, les praticiens titulaires disposent au moins de la moitié des sièges.

Le tableau suivant détaille les différents groupes, catégories et collèges :

	Médecins, Odontologistes et Pharmaciens	Personnels de la fonction publique hospitalière
Membres de droit	Responsable de pôle Chefs de service Responsables d'unités fonctionnelles	Les Cadres supérieurs de santé ou cadres supérieurs sages-femmes Les Cadres de santé ou cadres-sages femmes dans la limite du nombre de Chefs de service et responsables d'unités médicales Le Directeur représentant la direction Le Contrôleur de gestion délégué au pôle

Membres élus	Représentants des catégories suivantes, hors ceux mentionnés plus haut : 1 praticien hospitalier par service 1 assistant ou assistant associé par pôle 1 praticien contractuel ou praticien adjoint contractuel par pôle 1 praticien attaché ou praticien attaché associé par pôle 1 interne par pôle	Représentants de tous personnels titulaires, stagiaires et contractuels, hors ceux mentionnés plus haut, répartis en 3 collèges en fonction des « corps et catégories » 6 à 12 sièges pour l'ensemble des 3 collèges, chacun des collèges disposant d'au moins 1 siège
--------------	--	---

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--

Le nombre de sièges attribués à chaque corps, catégorie de personnels et/ou collège de chacun des deux groupes sera déterminé, pôle par pôle, au regard des effectifs des différents pôles et des règles énoncées ci-dessus.

Pour les internes, il convient de désigner en début de semestre la personne qui siègera (1 siège).

Pour les sièges des élus des personnels de la fonction publique hospitalière, il convient de respecter, au sein des 3 collèges, la représentation de chacun des métiers existants. La liste de ces métiers et du nombre de sièges correspondant sera arrêtée, pour chaque pôle, par le conseil exécutif sur proposition du praticien responsable et après avis du bureau de pôle. A partir d'une liste unique par collège, les sièges seront pourvus par les candidats de chacun des métiers au regard du nombre de voix obtenues.

La durée du mandat des membres élus est fixée à quatre ans. Ce mandat est renouvelable.

Pour suppléer les membres titulaires momentanément empêchés de siéger, il est fait appel aux suppléants du corps, de la catégorie ou du collège considéré selon l'ordre du nombre de voix obtenues.

#### Organisation des élections :

Les personnels titulaires, stagiaires et contractuels, affectés au pôle le dernier jour du troisième mois précédant l'affichage des listes sont électeurs et éligibles au sein des corps, catégories et collèges, à l'exception des membres de droit et des personnels en congé maladie depuis plus d'un an.

Lorsqu'un professionnel exerce ses fonctions dans plusieurs pôles, il est rattaché pour le scrutin au pôle où il exerce son activité principale 1.

Les membres titulaires et suppléants sont élus au scrutin uninominal majoritaire à un tour. La désignation des titulaires et suppléants se fait dans l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues.

La date du scrutin est arrêtée par le directeur de l'établissement. Elle est portée à la connaissance des électeurs par voie d'affichage un mois avant, en même temps que la liste nominative des électeurs et des éligibles ainsi que le nombre de sièges de titulaires et de suppléants à pourvoir dans chaque groupe, catégorie et collège.

La date de clôture des listes intervient 10 jours après l'affichage. Elle est précisée en même temps que la date du scrutin. La date limite de dépôt des candidatures intervient 15 jours après l'affichage. Elle est précisée en même temps que la date du scrutin.

Après vérification de la validité des candidatures reçues, la liste des candidats est publiée par voie d'affichage au plus tard 8 jours avant la date du scrutin. En cas d'absence de candidature, il est procédé à un tirage au sort.

Les modalités d'organisation du scrutin sur place, ainsi que celles du vote par correspondance sont précisées par voie d'affichage.

Les modalités de nullité des suffrages sont arrêtées par le directeur.

En cas d'ex aequo, l'attribution des sièges se fait au bénéfice de l'âge.

Les résultats sont proclamés par le Directeur de l'établissement.

#### Fonctionnement :

---

<sup>1</sup> Art.R.6146-16 du CSP



Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE		Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--	--

Un professionnel peut assister avec voix consultative aux séances d'un conseil de pôle autre que celui auquel il est rattaché.<sup>1</sup>

Un conseil de pôle peut entendre tout professionnel de l'établissement compétent sur une question inscrite à l'ordre du jour.<sup>2</sup>

Le conseil de pôle se réunit au minimum 1 fois par an sur convocation du praticien responsable de pôle.

L'ordre du jour est établi par le praticien responsable de pôle.

Le conseil de pôle ne peut valablement délibérer que si plus de la moitié de ses membres est présente.

En cas de cessation anticipée de mandat de l'un des membres du conseil de pôle, le siège est attribué, pour la durée du mandat en cours, au suppléant du même corps, catégorie ou collège ayant obtenu le plus grand nombre de voix.

#### Attributions du conseil de pôle<sup>3</sup> :

Le conseil de pôle d'activité a notamment pour objet :

- De participer à la validation du projet de contrat interne, du projet de pôle et du rapport d'activité du pôle, dans le respect de la déontologie médicale, s'agissant des pôles cliniques et médico-techniques ;
- De permettre l'expression des personnels ;
- De favoriser les échanges d'informations, notamment ceux ayant trait aux moyens afférents au pôle ;
- De faire toutes propositions sur les conditions de fonctionnement du pôle et de ses structures internes, notamment quant à la permanence des soins et à l'établissement des tableaux de service.

POLE DIRECTION

#### Composition :

1) Les membres de droit :

- a) Le personnel de direction du pôle ;
- b) Le cadre qui assiste le responsable de pôle ;
- c) Les cadres qui assurent l'encadrement du personnel des structures internes du pôle

2) Les membres élus<sup>4</sup> :

(à venir)

#### Organisation des élections :

Voir ci-dessus.

#### Attributions :

Voir ci-dessus.

---

<sup>1</sup> Art.R. 6146-16 du CSP

<sup>2</sup> Art.R. 6146-16 du CSP

<sup>3</sup> Art.R.6146-10 du CSP

<sup>4</sup> Art. R.6146-13 du CSP

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--

## **Article 32 Les responsables de pôle**

### Nomination :

Les praticiens titulaires inscrits par le ministre chargé de la santé sur une liste nationale d'habilitation à diriger un pôle peuvent exercer les fonctions de responsable d'un pôle d'activité <sup>1</sup> clinique ou médico-technique.

Ils sont nommés par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement.

En cas de désaccord, les responsables de pôle sont nommés par délibération du conseil d'administration. Il peut être mis fin à leur mandat dans les mêmes conditions.

Le conseil d'administration définit la durée du mandat des responsables de pôle clinique et médico-technique et des responsables de leurs structures internes, ainsi que les conditions de renouvellement de leur mandat, dans des limites et selon des modalités fixées par décret.

Les responsables des autres pôles d'activité, choisis parmi les cadres de l'établissement ou les personnels de direction, sont nommés par le directeur.

La durée du mandat des responsables de pôles est fixée à 4 ans <sup>2</sup>.

Les responsables de pôle peuvent être assistés par un responsable adjoint qu'ils désignent après approbation du conseil exécutif. En cas d'empêchement provisoire d'un responsable de pôle, son adjoint assure l'intérim.

### Attributions <sup>3</sup> :

Les attributions du responsable de pôle sont les suivantes :

#### Définition et suivi du projet et du contrat de pôle

- il élabore avec le bureau de pôle le projet du pôle,
- à partir du projet du pôle, avec l'aide du bureau et après avis du conseil de pôle, il négocie le contrat de pôle, le signe et s'assure ensuite de sa bonne exécution,
- il produit tous les ans un rapport d'activité, présenté à la Commission médicale d'établissement ainsi qu'un état d'avancement du projet. Ce bilan est pris en compte dans le rapport de gestion annuel du Centre hospitalier de Dunkerque. A la fin de son mandat, le responsable de pôle établit un bilan général de son activité.

#### Gouvernance du pôle

- Le responsable de pôle préside le bureau et le conseil de pôle,
- il coordonne l'ensemble des moyens humains, matériels et financiers du pôle qui sont attribués dans le cadre d'une activité prévisionnelle ; il propose notamment aux instances internes du pôle les modalités d'utilisation de l'intéressement éventuel accordé au pôle et prend la décision d'utilisation,
- il assure la définition des orientations et priorités relatives à la création, l'adaptation, la répartition des emplois médicaux, à la formation médicale continue des médecins du pôle ; en concertation avec le cadre supérieur de santé, il décide de la mobilité des emplois non médicaux au sein du pôle,
- il organise, avec les équipes médicales, paramédicales et d'encadrement du pôle, le fonctionnement technique du pôle, dans le respect de la responsabilité médicale de chaque praticien et des missions et responsabilités des chefs de service ou structures internes composant le pôle.

<sup>1</sup> Art.L.6146-3 du CSP

<sup>2</sup> Art. D 6146-2 du CSP

<sup>3</sup> Art.L.6146-6 du CSP

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE		Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--	--

**Management :**

Le management interne du pôle est assuré par le responsable de pôle assisté du cadre supérieur de santé et d'un cadre administratif compétent en contrôle de gestion.  
Un directeur adjoint représente la direction.

**Article 33 Le cadre supérieur de santé ou la sage-femme cadre supérieur du pôle**

Ses attributions sont les suivantes :

**Activités spécifiques au pôle**

- Il participe à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet global de pôle et de ses règles de fonctionnement en partenariat avec les équipes médicales et soignantes dans le cadre du contrat de pôle.
- Il participe aux décisions au sein du bureau de pôle.
- Il participe au conseil de pôle.
- Il assiste le responsable de pôle dans le suivi de la réalisation des objectifs.
- Il participe à la gestion des enveloppes attribuées dans le cadre de la formation et des mensualités de remplacement.

**Gestion économique et financière du pôle**

- Il participe à l'élaboration et au suivi du budget du pôle.
- Il participe à l'élaboration du plan de travaux et d'équipement.
- Il s'implique dans le suivi et l'analyse des tableaux de bord.
- Il optimise l'utilisation des moyens matériels : il définit une gestion efficace du matériel, il est responsable de l'application de la procédure de la gestion des stocks, en collaboration avec les cadres des services et unités concernés.
- Il participe aux études comparatives (benchmarking).

**Domaine des soins**

- Il contribue à la définition et déclinaison du projet de soins.
- Il organise la continuité des soins en collaboration avec l'encadrement médical et paramédical.
- Il assure une gestion des lits et/ou du plateau technique en adéquation avec les ressources et dans le cadre de la politique institutionnelle.
- Il veille à la prise en charge globale des patients, à la qualité de l'accueil et au respect des droits des patients notamment à la prise en charge de la douleur.
- Il veille à faire respecter les règles d'administration des prescriptions.
- Il coordonne les moyens mis à sa disposition.
- Il contribue à l'harmonisation des procédures, processus, protocoles dans une gestion des soins qui repose sur la conformité à la réglementation et aux bonnes pratiques professionnelles.
- En concertation avec les équipes médicales, il optimise avec les cadres les organisations et les processus de soins adaptés, efficaces et innovants qui reposent sur :
  - l'évolution de l'activité médicale et soignante,
  - la réglementation,
  - les recommandations des bonnes pratiques professionnelles,
  - les recommandations de l'H A S.
- Il favorise la coordination des soins avec les différents acteurs.
- Il favorise le travail en réseau et les liens ville-hôpital.

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE		Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--	--

- Il développe l'évaluation des pratiques professionnelles pour les soins paramédicaux (dossier de soins).
- Il se dote d'outils d'évaluation de la qualité des soins et du séjour du patient.

#### **Domaine des ressources humaines**

- Il contribue à la mise en œuvre du projet social.
- Il sécurise les conditions de travail et il participe à l'amélioration des conditions de travail (risques professionnels document unique).
- Il met en œuvre les règles de gestion du personnel non médical.

#### **Management**

- Il initie une dynamique de transversalité dans le management des cadres.
- Il anime l'équipe de cadres de santé et soutient leurs actions en tant qu'agents de changement des unités.
- Il apporte une aide méthodologique dans la réalisation des projets et des objectifs à atteindre.
- Il développe une relation de management (rôles et places des acteurs au sein du pôle : fiche de poste).
- Il régule les situations critiques non solutionnées par le cadre de santé.
- Il analyse le turn-over et l'absentéisme.

#### **Gestion des effectifs**

- Il participe au recrutement.
- En accord avec le responsable de pôle, il affecte le personnel soignant et les mensualités de remplacement dans son pôle en conformité aux règles de gestion,
- Dans le respect des normes réglementaires et des règles de gestion institutionnelles, il détermine les effectifs minimaux paramédicaux et les règles d'adaptation des effectifs par unité au regard de l'activité.
- Il s'assure de l'accueil et de l'intégration des personnels.
- Il réintègre les agents après les absences longues.
- Il accompagne le changement et l'évolution des relations de travail.
- Il gère les affectations au sein du pôle des agents présentant une inaptitude à leur poste initial.

#### **Formation**

- Il prépare et coordonne le plan de formation en lien avec les projets institutionnels et du pôle.
- Il prépare des cahiers des charges pour les besoins spécifiques de formation en lien avec le service formation continue.
- Il autorise les demandes individuelles de formation dans la limite des crédits délégués.

#### **Evaluation**

- Il évalue les cadres de santé.
- Il coordonne et suit l'évaluation des personnels non médicaux (suivi des objectifs et des projets).
- Il donne un avis sur les souhaits de promotion professionnelle des agents.

#### **Domaine de la qualité et des risques**

- Il décline les axes de la politique qualité et de gestion des risques.
- Il s'assure de l'application des règles de vigilances notamment l'hygiène hospitalière, la prévention des infections nosocomiales et l'hémovigilance.

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE		Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--	--

- Il favorise la mise en place de la gestion des risques et suit les déclarations des événements indésirables.
- Il contribue à l'analyse des plaintes liées aux soins.
- Il propose des indicateurs de qualité dans les tableaux de bord et en assure le suivi.
- Il participe à la préparation des visites de certification, de conformité ou d'inspection.

#### **Domaine de l'information**

- Il relaie l'information descendante et ascendante et favorise la communication transversale.
- Il rend compte de sa mission par un rapport annuel d'activité.

#### **Domaine de politique générale de l'établissement**

- Il participe à l'élaboration et à la mise en œuvre des différents projets de l'établissement dans son domaine de compétence (informatique, logistique, schéma directeur).
- Il veille à l'application et au respect du règlement intérieur.
- Il sait mettre en œuvre les plans d'urgences.
- Mandaté par son autorité hiérarchique ou fonctionnelle, il peut être le relais avec des partenaires externes.

#### **Article 34 Le cadre administratif contrôleur de gestion**

Le cadre contrôleur de gestion

- présente, commente et explicite les tableaux de bord du pôle au responsable de pôle et au cadre supérieur du pôle,
- alerte sur les tendances en cours, lorsque celles-ci sont incompatibles avec le respect du contrat de pôle et/ou les moyens financiers attribués au pôle,
- recueille les explications possibles sur les tendances constatées,
- formule des propositions pour améliorer la gestion du pôle, en matière de recettes comme de dépenses.

Il travaille en contact étroit et fréquent avec le responsable de pôle et le cadre supérieur de santé du pôle, ainsi qu'avec le directeur adjoint représentant de la direction.  
Il participe, en tant que de besoin, aux instances du pôle.

Le secrétariat du pôle sera assuré par l'une des secrétaires du pôle désignée par le responsable du pôle. Le temps dégagé sera compensé, en tant que de besoin, par une secrétaire suppléante (maximum 1 etp pour l'établissement).

#### **Article 35 Le directeur adjoint, représentant de la direction auprès d'un pôle**

Le directeur adjoint représentant de la direction apporte au responsable du pôle une vision globale de l'hôpital et de ses projets (en référence au projet d'établissement et aux orientations stratégiques retenues par le conseil exécutif). Il veille à la cohérence des projets du pôle au regard du S.R.O.S., du Projet d'établissement et du C.P.O.M.

Dans ce cadre, le directeur adjoint représentant de la direction :

- participe à l'élaboration du projet de pôle et à son suivi,
- participe à l'élaboration du contrat interne de pôle et à son suivi
- participe à l'élaboration des dossiers ponctuels ayant un impact structurant (notamment les financements particuliers, MIGAC, MERRI, STIC).

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--

Il assiste le responsable de pôle, le cadre supérieur de santé et le cadre de gestion pour l'élaboration des prévisions budgétaires et l'analyse régulière de la situation médico-économique du pôle.

Il assiste, en tant que de besoin, aux instances du pôle.

### **Article 36 Le bureau de pôle**

#### Composition :

- le responsable de pôle, président du bureau,
- le responsable adjoint, le cas échéant,
- le cadre supérieur de santé ou sage-femme,
- le directeur adjoint représentant de la direction,
- le cadre administratif, contrôleur de gestion affecté partiellement au pôle,
- au minimum un médecin du pôle désigné par le responsable médical du pôle,
- au minimum un cadre de santé du pôle désigné par le responsable médical du pôle.

Le bureau se réunit au moins quatre fois par an à l'initiative du responsable de pôle qui en assure la présidence. Il peut être réuni à la demande du Directeur ou d'un tiers de ses membres. Chaque réunion donne lieu à l'établissement d'un relevé de conclusions.

#### Attributions :

Le bureau de pôle assiste le responsable de pôle dans ses missions.

Pour cela, avant décision du responsable de pôle, il formule des avis notamment sur :

- les choix du pôle dans le domaine des soins :
  - démarche stratégique globale et élaboration ou modification du projet du pôle,
  - coordination de la politique des soins et évaluation,
- l'élaboration du contrat de pôle dans le cadre de la délégation de gestion,
- la mise en cohérence de la répartition des moyens en regard de l'activité et des recettes,
- la priorisation des demandes d'équipements biomédicaux et informatiques, le programme de travaux,
- l'utilisation des sommes dégagées le cas échéant par l'intéressement.

### **Article 37 Les chefs de service**

#### Nomination :

Peuvent exercer la fonction de chef de service <sup>1</sup> les praticiens titulaires nommés par le ministre chargé de la santé sur une liste nationale d'habilitation à diriger les services.

Ils sont affectés par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement. Il peut être mis fin à leur mandat dans les mêmes conditions.

#### Attributions :

Ils assurent la mise en oeuvre des missions assignées à la structure dont ils ont la responsabilité et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée.

### **Article 38 Les responsables des structures internes cliniques et médico-techniques autres que les services**

#### Nomination :

Les praticiens titulaires responsables des structures internes cliniques et médico-techniques <sup>1</sup> autres que les services sont nommés par les responsables de pôles d'activité clinique et médico-technique. Il peut être mis fin à leur mandat dans les mêmes conditions.

<sup>1</sup> Art.L.6146-4 et Art.L.6146-5-1 du CSP

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE		Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--	--

Durée du mandat : la durée du mandat des responsables des structures internes cliniques et médico-techniques ne peut être inférieure à trois ans ni supérieure à cinq ans.

Attributions :

Ils assurent la mise en oeuvre des missions assignées à la structure dont ils ont la responsabilité et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée.

L'organisation médicale mise en place a pour objet d'assurer en continu la permanence des soins excédant la compétence des personnels paramédicaux et la sécurité des malades hospitalisés ou admis en urgence.

### **3. La permanence des soins**

#### **Article 39 La permanence des soins**

L'organisation médicale mise en place a pour objet d'assurer en continu la permanence des soins excédant la compétence des personnels paramédicaux et la sécurité des malades hospitalisés ou admis en urgence.

Afin de garantir le fonctionnement continu du service hospitalier, les membres du personnel médical (praticiens à temps complet ou partiel, assistants, praticiens attachés) :

- assurent le service quotidien de jour, du matin et de l'après-midi, du lundi au samedi matin inclus (visite médicale quotidienne, examens et soins des malades hospitalisés, soins et consultations des malades externes, analyses de laboratoire et examens radiologiques, préparation et dispensation des médicaments et autres produits relevant des pharmaciens).
- participent au service des samedi après-midi, dimanche et jours fériés, au service de nuit, ainsi qu'aux remplacements imposés par les congés.

Ils sont tenus par ailleurs de répondre aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors des horaires du tableau de service, conformément au Plan Blanc

Dans le cadre des dispositions sur l'organisation de la continuité des soins, la Direction des Affaires Médicales coordonne la procédure d'établissement des tableaux de services prévus par la réglementation<sup>2</sup>.

#### **Article 40 Obligations de service des praticiens à plein temps**

Les médecins, biologistes et odontologistes ont la responsabilité médicale de la continuité des soins et de l'organisation de la permanence médicale, conjointement avec les autres membres du corps médical du Centre Hospitalier de Dunkerque.

Les pharmaciens ont la responsabilité de l'organisation de la permanence pharmaceutique, conjointement avec les autres pharmaciens du Centre Hospitalier de Dunkerque.

<sup>1</sup> Art.L.6146-5 et Art.L.6146-5-1 du CSP

<sup>2</sup> Arrêté du 30 avril 2003 - Décret n°84-131 du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers à plein temps – Décret n°85-384 du 29 mars 1985 portant statut des praticiens hospitaliers à temps partiel, Décret n°87-788 du 28 septembre 1987 relatif aux assistants des hôpitaux, Décret n°93-701 du 27 mars 1993 relatif aux praticiens contractuels, Décret n° 2003-769 du 01 août 2003 relatif aux praticiens attachés et praticiens attachés associés

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE		Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--	--

Le remplacement des praticiens hospitaliers durant leurs congés ou absences occasionnelles est assuré par des praticiens de même discipline exerçant au Centre Hospitalier de Dunkerque selon les règles définies dans le tableau annuel d'organisation de la permanence des soins.

**Article 41 Obligations de service des praticiens à temps partiel**

Les médecins, biologistes et odontologues doivent participer à l'ensemble de l'activité du service. Dans les services organisés en temps continu, ils doivent assurer le travail de jour et de nuit dans les conditions définies par les tableaux de service.

Les horaires et obligations de service des praticiens sont précisés dans les tableaux annuels d'organisation de la permanence des soins.

La décision de nomination fixe le nombre de demi-journées, ou, lorsque le praticien exerce dans un service organisé en temps médical continu, la durée horaire hebdomadaire que le praticien doit consacrer au service.

L'intéressé reçoit du directeur notification du règlement intérieur du Centre Hospitalier de Dunkerque. Il doit en accuser réception et s'engager à exercer son activité professionnelle pendant les périodes prévues au tableau de service.

**Article 42 Obligations de service des praticiens contractuels**

Les praticiens contractuels peuvent exercer leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel.

Leur durée de travail est définie par leur contrat de recrutement.

Les praticiens contractuels participent à la continuité des soins et de l'organisation de la permanence des soins, ou à la permanence pharmaceutique conjointement avec les autres membres du corps médical ou avec les autres pharmaciens du Centre Hospitalier de Dunkerque.

Ils assurent, dans les services organisés en temps continu, le travail de jour et de nuit dans les conditions définies par les tableaux de service.

Ils assurent, dans les autres services, le travail quotidien du matin et de l'après-midi.

En outre, ils participent à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique organisée soit sur place, soit en astreinte à domicile.

**Article 43 Obligations de service des assistants des hôpitaux**

Les assistants participent à la continuité des soins et à l'organisation de la permanence des soins, ou à la permanence pharmaceutique conjointement avec les autres membres du corps médical.

Ils assurent, dans les services organisés en temps continu, le travail de jour et de nuit dans les conditions définies par les tableaux de service.

Les assistants associés exercent leurs fonctions sous la responsabilité du chef de service ou d'un praticien titulaire exerçant dans le service.

**Article 44 Obligations de service des praticiens attachés**

Ils participent à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique avec les autres praticiens du Centre Hospitalier de Dunkerque sous réserve des dispositions de l'article R 6152-632 du CSP. Ils assurent, dans les services organisés en temps continu, le travail de jour et de nuit dans les conditions définies par les tableaux de service.

Les praticiens attachés peuvent exercer leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel.



Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE		Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--	--

Leur durée de travail est définie par leur contrat de recrutement.

Les attachés associés exercent leurs fonctions sous la responsabilité du chef de service ou d'un praticien titulaire exerçant dans le service.

#### **Article 45      Obligations de service des internes**

Les internes sont des praticiens en formation générale ou spécialisée qui, à l'hôpital, consacrent la totalité de leur temps à leurs activités médicales et à leur formation. Ils remplissent leurs fonctions sous l'autorité du chef de service.

Au sein des services cliniques, les internes en médecine assurent la visite médicale complémentaire des malades (contre-visite), aux jours et heures arrêtés par le chef de service.

Ils dispensent les soins dont l'urgence ne permet pas d'attendre la venue d'un praticien du service. En dehors de ces cas d'urgence, ils ne peuvent procéder à des actes ou interventions à caractère invasif, sous la responsabilité du chef de service, que s'ils sont habilités par celui-ci et à condition qu'un praticien autorisé par la réglementation soit en mesure d'intervenir à tout moment.

Au sein des services médico-techniques, ils participent à l'exécution et à la validation des examens de diagnostic.

Les internes en pharmacie concourent à la préparation et à la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles, ainsi qu'à l'exécution des analyses de substances médicamenteuses et toxiques.

Les internes participent au service de garde médicale ou pharmaceutique en dehors du service normal de jour.

#### **Article 46      Obligations de service des étudiants en médecine**

Ils sont soumis au règlement intérieur du Centre Hospitalier de Dunkerque et au règlement intérieur de la faculté de médecine.

#### **Article 47      Obligations de service des étudiants en odontologie**

Ils sont soumis au règlement intérieur du Centre Hospitalier de Dunkerque et au règlement intérieur de la faculté de médecine.

#### **Article 48      Obligations de service des étudiants en pharmacie**

Ils sont soumis au règlement intérieur du Centre Hospitalier de Dunkerque et au règlement intérieur de la faculté de pharmacie.

#### **Article 49      Coordination des soins dispensés aux malades**

Tous les professionnels hospitaliers concourent à la prise en charge des patients. Ils y procèdent, quelle que soit leur catégorie statutaire, en fonction de la qualification et des responsabilités qui sont les leurs, de la nature des soins qu'ils sont amenés le cas échéant à dispenser et d'une manière générale, du devoir d'assistance aux patients et à leurs familles.

L'activité des professionnels hospitaliers est organisée de façon coordonnée en tenant compte des besoins des patients, que ces besoins soient ou non exprimés explicitement.

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--

La coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est confiée à un directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, membre de l'équipe de direction et nommé par le directeur.

Les sages-femmes sont responsables de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de leur compétence<sup>57</sup>.

Le service de soins accueille les personnes soignées en hospitalisation, en consultation ou lors des examens et explorations.

Dans chaque service de soins, un cadre de santé assure la coordination, l'organisation et la mise en oeuvre des soins ou des examens et/ou des explorations.

Les personnels qualifiés (Infirmiers, Manipulateurs de radiologie, Kinésithérapeutes, ...) accomplissent les soins techniques et/ou les examens et/ou les explorations ainsi que tous les soins nécessaires au confort du malade.

Ils sont assistés, dans cette tâche, par d'autres professionnels (Aide-Soignant, Auxiliaires de Puériculture, aides Manipulateurs de Radiologie, ...) qui participent aux soins d'hygiène et de confort de la personne soignée.

Les Agents des services hospitaliers accomplissent les tâches d'entretien et d'hygiène des locaux.

#### **Article 50 Les interventions chirurgicales**

Les chirurgiens – praticiens hospitaliers et attachés – doivent procéder eux-mêmes à toutes les opérations.

En dehors des cas d'urgence, les internes ne peuvent procéder à des opérations ou interventions que sous la surveillance directe du praticien hospitalier.

Toutefois, les internes, les résidents et faisant fonction d'internes peuvent se voir confier par le praticien hospitalier responsable du service certaines opérations ou interventions, mais à la condition qu'une telle délégation ne soit pas exclue par la gravité de l'acte et que le responsable du service se soit assuré au préalable, dans chaque cas et sous sa responsabilité, que l'autorisation exceptionnelle ainsi donnée n'est susceptible de porter aucune atteinte aux garanties médicales que les malades sont en droit d'attendre d'un service hospitalier public.

#### **Article 51 La pharmacie à usage intérieur**

Le Centre hospitalier de DUNKERQUE dispose d'une pharmacie à usage intérieur dont l'activité est limitée à l'usage particulier des malades pris en charge par les services de l'établissement<sup>58</sup>.

La pharmacie à usage intérieur peut toutefois rétrocéder des médicaments à des patients extérieurs à l'établissement, dans les conditions prévues par la réglementation.

La pharmacie à usage intérieur est chargée de répondre aux besoins pharmaceutiques de l'établissement, et notamment :

- 6) d'assurer, dans le respect des règles qui régissent le fonctionnement de l'établissement, la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments et

<sup>57</sup> Art. I. 6146-8 du CSP

<sup>58</sup> Art.L.5126-1 et suivants du CSP

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--

autres produits pharmaceutiques ainsi que des dispositifs médicaux stériles, et d'en assurer la qualité ;

- 7) de mener ou de participer à toute action d'information sur ces produits, ainsi qu'à toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage, de contribuer à leur évaluation et de concourir à la pharmacovigilance et à la matériovigilance et à toute action de sécurisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux ;
- 8) de mener ou de participer à toute action susceptible de concourir à la qualité et à la sécurité des traitements et des soins dans les domaines relevant de la compétence pharmaceutique.

La pharmacie à usage intérieur vise à fonctionner conformément aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière.

#### **4. Le fonctionnement médical**

##### **Article 52 La visite médicale**

Les visites dans les services d'hospitalisation ont lieu régulièrement, chaque matin. Dans la mesure du possible, la visite doit être terminée avant le déjeuner des malades. Le chef de service organise une contre-visite.

##### **Article 53 Le dossier médical**

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans l'établissement.

Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés<sup>1</sup> :

1° Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment :

- a) La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission ;
- b) Les motifs d'hospitalisation ;
- c) La recherche d'antécédents et de facteurs de risques ;
- d) Les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;
- e) Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ;
- f) La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ;
- g) Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d'imagerie ;
- h) Les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l'article L. 1111-4 ;
- i) Le dossier d'anesthésie ;
- j) Le compte rendu opératoire ou d'accouchement ;
- k) Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire ;
- l) La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 1221-40 ;
- m) Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ;
- n) Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ;
- o) Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ;
- p) Les correspondances échangées entre professionnels de santé ;
- q) Les directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 ou, le cas échéant, la mention de leur existence ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice.

<sup>1</sup> Art.R.1112-2 et R.1112-3 du CSP

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE		Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--	--

2° Les informations formalisées établies à la fin du séjour. Elles comportent notamment :

- a) Le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie ;
- b) La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ;
- c) Les modalités de sortie (domicile, autres structures) ;
- d) La fiche de liaison infirmière ;

3° Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.

Sont seules communicables les informations énumérées aux 1° et 2°.

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

Chaque pièce du dossier est datée et comporte l'identité du patient avec son nom, son prénom, sa date de naissance ou son numéro d'identification, ainsi que l'identité du professionnel de santé qui a recueilli ou produit les informations. Les prescriptions médicales sont datées avec indication de l'heure et signées ; le nom du médecin signataire est mentionné en caractères lisibles.<sup>1</sup>

#### **Article 54 Le service des archives médicales**

Le service des archives médicales est chargé de la conservation et de la communication des dossiers des patients aux personnes autorisées.

Le service prend en charge les dossiers à la sortie des patients, après que ceux-ci ont été complétés avec les documents cités ci-dessus et après qu'ils ont été classés et expurgés des doubles. En cas de nouvelle hospitalisation, le service des archives médicales remet le dossier à disposition du service d'accueil en vue d'assurer la qualité de la prise en charge des patients.

Afin de respecter les règles relatives à la protection de la vie privée des patients, l'accès aux dossiers médicaux archivés est strictement réservé au personnel du service des archives médicales.

#### **Article 55 Le service de l'information médicale (S.I.M.)**

Le service de l'information médicale est un service hospitalier chargé de la gestion des données médicales au sein de l'établissement<sup>2</sup>.

Pour l'analyse de son activité médicale, le Centre hospitalier procède à la synthèse et au traitement informatique de données figurant dans le dossier médical qui sont recueillies, pour chaque patient, par le praticien responsable de la structure médicale ou médico-technique ou par le praticien ayant dispensé des soins au patient et qui sont transmises au médecin responsable de l'information médicale.

Le praticien responsable d'une structure médicale ou médico-technique ou le praticien ayant dispensé les soins est garant, pour ce qui le concerne, de l'exhaustivité et de la qualité des informations qu'il transmet pour traitement au médecin responsable de l'information médicale dans l'établissement : chaque médecin est responsable du codage de sa propre activité, et chaque chef de service ou responsable d'une structure est responsable du codage de l'ensemble de ce service ou de cette structure.

Le médecin responsable de l'information médicale (le D.I.M.) conseille les praticiens pour la production

<sup>1</sup> Art.R.1112-2 et R.1112-3 du CSP

<sup>2</sup> Art.R.6113-1 et suivants du CSP

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE		Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	--	--

des informations. Il veille à la qualité des données qu'il confronte, en tant que de besoin, avec les dossiers médicaux et les fichiers administratifs.

Les praticiens de l'établissement ont un droit d'accès et de rectification quant aux informations relatives aux soins qu'ils ont dispensés ou qui ont été dispensés dans une structure médicale ou médico-technique dont ils ont la responsabilité. Ils sont régulièrement destinataires des résultats des traitements de ces informations.

Le médecin responsable de l'information médicale a notamment pour mission de procéder à l'extraction, au traitement et à l'analyse des informations médicales produites par les services hospitaliers dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information. Il est responsable de leur validité et de leur exhaustivité.

Il met en oeuvre l'ensemble des actions de promotion, de formation et de conseil utiles à cette réalisation.

Il assiste les médecins dans leur réflexion sur la qualité des soins, notamment par l'accès aux bases de données médicales qu'il constitue.

Le médecin responsable du département de l'information médicale est garant du respect des règles relatives à la confidentialité des informations médicales nominatives, ainsi qu'à la propriété intellectuelle des médecins sur leurs travaux de recherche, comme de celles du code de déontologie.

Le médecin responsable de l'information médicale transmet à la Commission médicale et au directeur les informations nécessaires à l'analyse de l'activité, tant en ce qui concerne l'établissement dans son ensemble que chacune des structures médicales ou ce qui en tient lieu. Elles consistent en statistiques agrégées ou en données par patient, constituées de telle sorte que les personnes soignées ne puissent être identifiées.

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

## Chapitre 3 : Mesures de police générale

### 1. L'entrée, la circulation et le stationnement

#### Article 56 : Accès au Centre hospitalier

L'entrée au **Centre Hospitalier** se fait dans les conditions suivantes :

Pour les urgences, les consultations externes, les visiteurs :

→ Accès par le 130 avenue Louis Herbeaux (entrée principale)

Un contrôle des accès a lieu la nuit.

Pour la Maison des Personnes âgées (Charmilles et Pergola) :

→ Accès par le 130 avenue Louis Herbeaux (entrée principale)

Pour les fournisseurs :

→ Accès - Rue J.J. Rousseau

Pour les piétons : → accès supplémentaire, 891 avenue de Rosendaël

L'entrée à l'**ancien hôpital** se fait :

→ Accès par le 930 Avenue de Rosendaël (entrée principale)

L'entrée à la **Maternité des Bazennes** se fait :

→ Accès par le 41 rue des Pinsons à SAINT POL SUR MER (entrée principale)

L'entrée au **Service d'I.V.G. et Centre de Planification** se fait :

→ Accès par le 36/38 rue du Pont Neuf à DUNKERQUE

L'entrée de l'**Institut de Formation en Soins Infirmiers** se fait :

→ Accès par le 39 rue de Liège à DUNKERQUE

#### Article 57 : Respect du Code de la route

Les règles du Code de la Route sont applicables dans l'enceinte de l'Etablissement où la vitesse est cependant limitée à 20 Km/h.

#### Article 58 : Stationnement des visiteurs

Le stationnement sur les parkings intérieurs est interdit aux visiteurs sauf les week-ends et jours fériés ou accordé sur autorisation spéciale (usagers à mobilité réduite notamment). Il est cependant toléré l'après midi en fonction des places disponibles. Le parking "visiteurs" est situé Avenue de Rosendaël à 200 mètres de l'entrée principale. Des places de stationnement d'une durée limitée sont réservées pour les accompagnants dans le parking du Service d'Accueil des Urgences.

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

---

**Article 59 : Circulation et stationnement dans l'enceinte du Centre hospitalier**

Afin de préserver la sécurité, les voies de circulation doivent être dégagées en permanence et notamment la rampe d'accès aux urgences.

Les emplacements où le stationnement est interdit sont signalés par des panneaux ou par des bandes de peinture jaune et blanche.

Des places de stationnement sont réservées aux véhicules des personnes à mobilité réduite, sur les parkings intérieurs.

L'arrêt momentané sous la marquise de l'entrée du bâtiment est toléré pour permettre aux passagers de descendre de leur véhicule (dépose-minute).

Aucune obligation de garde des véhicules stationnant sur les parkings situés dans l'enceinte du Centre hospitalier n'incombe à ce dernier. Le stationnement des voitures et cycles se fait aux risques et périls de leurs propriétaires.

## **2. Règles de vie collective**

**Article 60 : Le tabac**

En application de la loi n°91-32 du 10 janvier 1991 et du décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, il est interdit de fumer dans les locaux du Centre. Il est également interdit de fumer dans les lieux non couverts (cour, allées, parking) de l'Institut de formation en soins infirmiers.

**Article 61 : La propreté des espaces collectifs**

Il convient de respecter la propreté du Centre Hospitalier en évitant de jeter sur le sol papiers, débris de nourriture, et autres déchets... Il est recommandé d'utiliser les corbeilles disposées pour le recueil des déchets.

**Article 62 : Respect des biens du Centre hospitalier**

Toute détérioration ou vol d'un bien appartenant au Centre Hospitalier, ou dont il est le gardien, entraînera le dépôt d'une plainte et toute poursuite utile en vue de l'indemnisation des préjudices subis.<sup>1</sup>

**Article 63 : Respect du calme et téléphone portable**

Il est demandé aux usagers d'avoir un comportement décent, calme et discret.

Pour des raisons de sécurité, les téléphones mobiles doivent rester éteints dans l'enceinte du Centre hospitalier.

**Article 64 : Respect des personnes et courtoisie**

Il est demandé aux usagers de respecter le travail des médecins et de l'ensemble des personnels et de faire preuve de courtoisie à leur égard.

**Article 65 : Respect des nécessités de service**

Les visiteurs sont priés de respecter les nécessités de service et les consignes du personnel.

---

<sup>1</sup> Art.R.1112-50 du CSP

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

**Article 66 : Expulsion des fauteurs de désordre**

Lorsqu'un usager du Centre hospitalier (hospitalisé, consultant, visiteur) provoque des troubles persistants, le Directeur ou son représentant prend, après avis le cas échéant du médecin-chef de service ou de son représentant, les mesures appropriées pour faire cesser les troubles, et peut prononcer l'expulsion, en faisant appel, si nécessaire, aux forces de police.<sup>1</sup>

**Article 67 : Aliments en provenance de l'extérieur et alcool**

Il est interdit d'introduire des boissons alcoolisées, et déconseillé d'apporter des aliments, les repas des hospitalisés étant conçus en fonction de leur état de santé.<sup>2</sup>

**Article 68 : Accès des animaux**

L'accès aux locaux du Centre hospitalier est interdit aux animaux, à l'exception des chiens d'aveugle, et, à la Maison des Personnes Agées, des animaux de compagnie autorisés par le cadre de santé, dans le cadre de l'animation.<sup>3</sup>

### 3. Les visites aux patients hospitalisés

**Article 69 : Droit de visite**

Le droit aux visites existe d'une manière générale sauf exceptions :

- 1) légales, pour les malades sous surveillance de police,
- 2) cliniques, pour les malades hospitalisés dans les unités de soins spécialisées où les visites sont interdites ou limitées en nombre ou en durée par le responsable médical ou le Directeur dans les conditions ci-dessous énoncées.

**Article 70 : Limitation d'accès des visiteurs aux heures de visite**

Pour des raisons de sécurité, il est interdit de stationner dans les parties communes (halls, couloirs, salles d'attente, escaliers et ascenseurs) en dehors des heures de visite et de consultation.

**Article 71 : Limites au droit de visite**

La durée et la fréquence des visites peuvent être limitées en fonction de l'état de santé du patient. En aucun cas, la visite ne doit troubler le repos de l'hospitalisé.

**Article 72 : Respect d'autrui lors des visites**

Le comportement ou les propos des hospitalisés et visiteurs ne doivent pas être une gêne pour les autres hospitalisés ou pour le fonctionnement du service.<sup>4</sup> Ce comportement doit être décent, calme et discret.

**Article 73 : Usage des ascenseurs et des escalators**

Les ascenseurs et escalators (escaliers roulants) sont interdits aux enfants non accompagnés.

**Article 74 : Usage des monte-malades**

Les visiteurs ne sont pas autorisés à utiliser les monte-malades réservés aux nécessités du service hospitalier.

<sup>1</sup> Art.R.1112-49 du CSP

<sup>2</sup> Art.R.1112-48 du CSP

<sup>3</sup> Art.R.1112-48 du CSP

<sup>4</sup> Art.R.1112-47 du CSP



Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

---

**Article 75 : Heures des visites autorisées**

Les visites sont autorisées de 11 Heures à 20 Heures (sauf contre indication médicale), hormis dans les services où des restrictions sont apportées pour raisons médicales.

Des autorisations de visite peuvent être accordées, en dehors de ces horaires, sur accord du médecin responsable de service. La visite des enfants est déconseillée, mais tolérée pour une durée limitée, pour les enfants et petits-enfants des hospitalisés.

**Article 76 : Visites en service de Pédiatrie**

Les visites en service de Pédiatrie sont autorisées aux heures affichées dans le service. Les parents peuvent toutefois se rendre au chevet de leur enfant à toute heure de la journée.

Durant ces heures, seuls les parents sont autorisés à entrer dans la chambre de l'enfant. Les autres personnes de la famille doivent emprunter la galerie "visiteurs". Les enfants de moins de 14 ans ne sont pas admis dans le service Pédiatrie (Ailes EST et OUEST).

**Article 77 : Visites en service de Réanimation**

Les visites en service de réanimation sont autorisées aux heures affichées dans le service. Des recommandations particulières sont formulées aux visiteurs, qui sont priés de les respecter.

**Article 78 : Visites en service d'Addictologie**

Les visites en service d'Addictologie sont autorisées aux heures affichées dans le service.

**Article 79 : Visite en service de Maternité**

Les visites à la Maternité des Bazennes sont autorisées aux heures affichées dans le service. Les pères sont admis toute la journée, sur accord de la parturiente.

**Article 80 : Visite en service d'Hématologie**

Les horaires des visites en secteur protégé d'Hématologie sont autorisées aux heures affichées dans le service. Des recommandations particulières sont formulées aux visiteurs, qui sont priés de les respecter.

**Article 81 : Journalistes, photographes et démarcheurs**

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas accès auprès des hospitalisés et du personnel, sauf accord de ceux-ci et autorisation écrite donnée par la Direction.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Art.R.1112-47 du CSP

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

## Chapitre 4 : Dispositions relatives aux hospitalisés et aux consultants externes

### 1. Admissions et consultations externes

#### Article 82 : Admission

L'admission du patient est prononcée par le Directeur, sur proposition d'un médecin hospitalier.<sup>1</sup>

#### Article 83 : Admission en urgence et information des familles

Toutes mesures utiles sont prises pour que la famille des personnes hospitalisées en urgence soit prévenue par le cadre de santé ou à défaut, par l'infirmière responsable du malade.<sup>2</sup>

#### Article 84 : Admission imposée

En cas de refus d'admettre un malade qui remplit les conditions requises pour être admis, alors que les disponibilités en lits de l'établissement permettent de le recevoir, l'admission peut être prononcée par le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation<sup>3</sup>.

#### Article 85 : Transfert vers un autre établissement après premiers soins

Lorsqu'un médecin de l'établissement constate que l'état d'un malade ou blessé requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée dans l'établissement ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas, ou encore lorsque son admission présente, du fait de manque de place, un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier, le directeur provoque les premiers secours et prend toutes les mesures nécessaires pour que le malade ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.<sup>4</sup>

#### Article 86 : Information des patients sur leur état de santé - Consentement

Les médecins doivent donner aux hospitalisés et consultants, les informations sur leur état de santé, dans les conditions fixées par le Code de Déontologie et la réglementation<sup>5</sup>.

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Les informations d'ordre médical relatives à la santé d'une personne lui sont communiquées par le médecin responsable de la structure concernée ou par tout membre du corps médical de l'établissement désigné par lui à cet effet<sup>6</sup>.

<sup>1</sup> Art.R.1112-11 du CSP

<sup>2</sup> Art.R.1112-15 du CSP

<sup>3</sup> Art.R.1112-12 du CSP

<sup>4</sup> Art.R.1112-14 du CSP

<sup>5</sup> Art.L.1111-2 et L.1111-4 du CSP

<sup>6</sup> Art.R.1112-1 du CSP

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

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

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en oeuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs.

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

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

Lorsque le patient est une personne mineure, le consentement aux soins du ou des titulaires de l'autorité parentale doit être obtenu. Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.<sup>1</sup>

#### **Article 87 : Refus de soins et Sortie contre avis médical**

Lorsque les hospitalisés n'acceptent pas le traitement, l'intervention ou les soins qui leur sont proposés, leur sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant des soins immédiats, est prononcée par le Directeur, après signature par l'hospitalisé d'un document attestant qu'il a été suffisamment informé des conséquences de sa décision et qu'il refuse les soins proposés.

Si le patient refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé et signé par deux personnes du service concerné.<sup>2</sup>

Tout malade dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement signe une attestation traduisant expressément ce refus ; à défaut un procès-verbal du refus est dressé.<sup>3</sup>

## **2. Conditions de séjour**

#### **Article 88 : Droits généraux du patient**

Le Centre hospitalier de DUNKERQUE s'applique à diffuser, à respecter et à faire respecter les droits des patients tels qu'ils sont reconnus dans le Code de la santé publique, et dans la Charte du patient hospitalisé<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Art.L.1111-5 du CSP

<sup>2</sup> Art.R.1112-43 du CSP

<sup>3</sup> Art.R.1112-16 du CSP

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

Les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose.

Pour les personnes accueillies dans les services de la Maison des Personnes Agées régis par les dispositions du code de l'action sociale et des familles, il s'engage à mettre en oeuvre les dispositions de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie<sup>2</sup>.

**Article 89 : Livret d'accueil**

Dès son arrivée dans l'établissement, chaque hospitalisé reçoit un livret d'accueil contenant toutes les informations qui lui seront utiles pendant son séjour, et notamment la Charte du patient hospitalisé.<sup>3</sup>

**Article 90 : Rendez-vous auprès des médecins pour les familles**

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

**Article 91 : Identité des intervenants auprès des hospitalisés**

Les hospitalisés doivent être informés par tous moyens adéquats du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins.<sup>4</sup>

**Article 92 : Discrétion à la demande du patient et limite aux informations données à des tiers**

A l'exception des mineurs soumis à l'autorité parentale et sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, les hospitalisés peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé.

En l'absence d'opposition des intéressés, 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 ; les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être fournis par les cadres infirmiers.<sup>5</sup>

**Article 93 : Personne de confiance**

Tout patient hospitalisé, majeur et non placé sous tutelle, a la faculté de désigner une personne de confiance<sup>6</sup>. Cette « personne de confiance » peut être un parent, un proche ou un médecin traitant. Elle sera consultée au cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire.

Le patient désignera la « personne de confiance » par écrit. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation et révocable à tout moment.

En cas de non désignation, les informations pourront être communiquées aux membres proches de la famille du patient. Les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis par le Cadre de Santé ou les infirmières à la « personne de confiance » désignée par le patient durant son hospitalisation.

<sup>1</sup> Annexe à la Circulaire ministérielle n°95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés

<sup>2</sup> Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du Code de l'Action Sociale et de la Famille

<sup>3</sup> Art.R.1112-41 du CSP

<sup>4</sup> Art.R.1112-42 du CSP

<sup>5</sup> Art.R.1112-45 du CSP

<sup>6</sup> Art. L. 1111-6 du CSP

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

**Article 94 : Responsabilité du Centre hospitalier à l'égard des biens des hospitalisés**

L'Etablissement n'est responsable que des objets, bijoux, valeurs ou espèces déposées au coffre de l'antenne administrative du Service d'accueil des urgences, contre récépissé.

Dès son arrivée dans l'établissement, la personne hospitalisée est invitée à déposer au coffre de l'antenne administrative du Service d'accueil des urgences, contre récépissé, tout objet de valeur, ainsi que les cartes de paiement ou espèces en sa possession.

La disparition ou dégradation de valeurs ou d'objets n'engage la responsabilité de l'établissement que s'ils ont été confiés à sa garde ou si la faute d'un agent du Centre hospitalier est à l'origine de la perte. Les objets et valeurs gardés dans la chambre, déposés ou non dans le coffre de celle-ci, sont sous la responsabilité du patient.<sup>1</sup>

**Article 95 : Responsabilité en cas de chute**

Il est précisé que la responsabilité de l'hôpital ne peut être engagée, en cas de chutes dont seraient victimes les usagers de l'hôpital, que s'il y a faute ou négligence de la part de l'établissement.

**Article 96 : Déplacement des hospitalisés**

Les hospitalisés doivent informer le personnel soignant de tout déplacement hors du service, de jour comme de nuit. Ils doivent être revêtus d'une tenue décente.

**Article 97 : Pourboires**

Aucune somme d'argent ne doit être versée par les usagers aux personnels, à titre de gratification ou de pourboire.<sup>2</sup>

**Article 98 : Plaintes et satisfactions - CRUQ**

Une Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQ) examine toutes les réclamations et satisfactions exprimées relatives au fonctionnement du Centre hospitalier. Elle peut être saisie dans les conditions précisées dans le Livret d'accueil remis aux hospitalisés ainsi que dans la plaquette d'information mise à disposition des consultants et des visiteurs.

### **3. Le dossier médical**

**Article 99 : Le contenu du dossier médical**

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient les éléments suivants, énumérés à l'article 45 ci-dessus.

Chaque pièce du dossier est datée et comporte l'identité du patient avec son nom, son prénom, sa date de naissance ou son numéro d'identification, ainsi que l'identité du professionnel de santé qui a recueilli ou produit les informations. Les prescriptions médicales sont datées avec indication de l'heure et signées ; le nom du médecin signataire est mentionné en caractères lisibles.<sup>3</sup>

Dans le cas où le praticien qui a prescrit l'hospitalisation demande communication du dossier, cette communication ne peut intervenir qu'après accord du patient, de la personne ayant l'autorité parentale ou du tuteur ou de ses ayants droit en cas de décès.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Art.L.1113-1 à L.1113-10 et R.1113-1 à R.1113-9 du CSP

<sup>2</sup> Art.R.1112-51 du CSP

<sup>3</sup> Art.R.1112-3 du CSP

<sup>4</sup> Art.R.1112-4 du CSP

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

Le directeur veille à ce que toutes mesures soient prises pour assurer :

- la communication des informations médicales transmissibles aux personnes dûment autorisées
- la garde et la confidentialité des informations de santé, conservées dans l'établissement, conformément à la réglementation sur les archives hospitalières.<sup>1</sup>

**Article 100 : L'accès au dossier médical d'un patient**

Tout patient pris en charge par un médecin du Centre hospitalier de DUNKERQUE a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant<sup>2</sup>.

Son dossier médical peut être communiqué à tout membre du corps médical du Centre Hospitalier de DUNKERQUE, sauf opposition du patient dûment averti, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible.

Lorsque le patient est pris en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations le concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication des informations contenue dans le dossier médical en violation de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

**Article 101 : L'accès au dossier médical par le patient**

Pendant le temps de prise en charge<sup>3</sup> :

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

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

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

<sup>1</sup> Art.R.1112-7 du CSP

<sup>2</sup> Art.L.1110-4 du CSP

<sup>3</sup> Art.L.1111-2 et Art.L.1111-4 du CSP

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

Après la prise en charge<sup>1</sup> :

La garde du dossier médical est assurée par le Directeur du Centre hospitalier qui le communique dans les conditions ci-après :

Le patient a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par le Centre hospitalier, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en oeuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Le patient peut accéder aux informations contenues dans le dossier médical directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne, et en obtenir communication 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 cinq ans.

La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire.

#### **Article 102 : La destruction des dossiers médicaux anciens**

Les dossiers médicaux sont conservés pendant une durée de vingt ans à compter de la date du dernier séjour de son titulaire dans l'établissement ou de la dernière consultation externe.<sup>2</sup>

Lorsque la durée de conservation d'un dossier s'achève avant le vingt-huitième anniversaire de son titulaire, la conservation du dossier est prorogée jusqu'à cette date.

Dans tous les cas, si la personne titulaire du dossier décède moins de dix ans après son dernier passage dans l'établissement, le dossier est conservé pendant une durée de dix ans à compter de la date du décès.

Ces délais sont suspendus par l'introduction de tout recours gracieux ou contentieux tendant à mettre en cause la responsabilité médicale de l'établissement de santé ou de professionnels de santé à raison de leurs interventions au sein de l'établissement.

A l'issue du délai de conservation mentionné ci-dessus, le dossier médical peut être éliminé.

#### **Article 103 : L'accès au dossier médical d'un patient mineur**

Droit d'un mineur à s'opposer à la communication des informations relatives à son état de santé<sup>3</sup> :

Sous réserve de l'opposition prévue à ci-dessous, le droit d'accès au dossier médical d'une personne mineure est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

Une personne mineure peut s'opposer expressément à la consultation de son dossier médical par le ou les titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé.

<sup>1</sup> Art.L.1111-7 du CSP

<sup>2</sup> Art. R. 1112-7 du CSP

<sup>3</sup> Art.L.1111-5 du CSP et Art.L.1111-7 du CSP

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

**Article 104 : L'accès au dossier médical d'un patient décédé**

Accès des ayants-droit <sup>1</sup> :

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.

**Article 105 : Le dossier médical personnel (D.M.P.)**

Les établissements de santé ou la personne concernée peuvent déposer des données de santé à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, auprès d'hébergeurs de données de santé. Cet hébergement de données ne peut avoir lieu qu'avec le consentement exprès de la personne concernée <sup>2</sup>.

Seuls peuvent accéder aux données ayant fait l'objet d'un hébergement les personnes que celles-ci concernent et les professionnels de santé ou établissements de santé qui les prennent en charge et qui sont désignés par les personnes concernées.

Chaque professionnel de santé en établissement de santé, quel que soit son mode d'exercice, reporte dans le dossier médical personnel, à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge. En outre, à l'occasion du séjour d'un patient, les professionnels de santé habilités des établissements de santé reportent sur le dossier médical personnel les principaux éléments résumés relatifs à ce séjour. <sup>3</sup>

L'accès au dossier médical personnel ne peut être exigé en dehors des cas prévus à l'article L. 161-36-2 (prise en charge diagnostique ou thérapeutique) ,même avec l'accord de la personne concernée.

Le dossier médical personnel n'est pas accessible dans le cadre de la médecine du travail.

Tout manquement aux présentes dispositions donne lieu à l'application des peines prévues à l'article 226-13 du code pénal. <sup>4</sup>

N.B. Le dossier médical personnel n'est pas encore fonctionnel en France en avril 2008.

---

<sup>1</sup> Art.L.1110-4 et Art.L.1111-7 du CSP

<sup>2</sup> Art.L.1111-8 du CSP

<sup>3</sup> Art.L.162-36-2 du Code de la sécurité sociale

<sup>4</sup> Art.L.162-36-3 du Code de la sécurité sociale



Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

## Chapitre 5 : Règles spécifiques à certains services

### Article 106 : Règles spécifiques

Des règles spécifiques régissent l'organisation de certains services, pour des raisons propres à ceux-ci (réanimation, hémodialyse, services d'enfants, bloc opératoire, chambre mortuaire). De même, la Maison des Personnes Agées dispose de son propre règlement intérieur. Ces documents spécifiques complètent le règlement intérieur général du Centre Hospitalier. Ils sont tenus à la disposition des usagers de ces services, qui sont priés, ainsi que le personnel, de s'y conformer.

## Chapitre 6 : Relations entre médecins hospitaliers, médecins traitants et patients

### Article 107 : Information du médecin traitant et hospitalisation

#### Principe de l'accord préalable du patient :

Lorsque le praticien qui a prescrit l'hospitalisation demande communication du dossier, cette communication ne peut intervenir qu'après accord du patient, de la personne ayant l'autorité parentale ou du tuteur, ou de ses ayants droit en cas de décès.

#### ***A l'admission du patient :***

Les établissements hospitaliers publics sont tenus de faire parvenir au médecin (ou à la sage-femme) désigné par le patient ou sa famille, une lettre lui faisant connaître la date, l'heure et le service d'admission du malade et l'invitant à prendre contact avec le service hospitalier, à fournir tous renseignements utiles sur le malade et à manifester éventuellement le désir d'en recevoir des nouvelles.<sup>2</sup>

#### ***En cours d'hospitalisation :***

En fonction de la durée prévisible de l'hospitalisation et, en tout état de cause, avant la fin de la deuxième semaine d'hospitalisation, le médecin responsable du patient communique au médecin (ou à la sage-femme) désigné par le patient ou sa famille, s'il en a fait la demande écrite, toute information relative à l'état du patient.

#### ***A la sortie du patient :***

Sous réserve de l'accord du patient, le médecin responsable adresse au médecin (ou à la sage-femme) désigné par le patient ou sa famille, dans les meilleurs délais suivant la sortie du patient, une lettre l'informant de la sortie, résumant les observations faites, les traitements effectués, ainsi qu'éventuellement la thérapeutique à poursuivre et lui précisant le lieu, les jours et heures auxquels il lui sera possible de prendre connaissance du dossier de l'intéressé.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Art.R.1112-4 du CSP

<sup>2</sup> Art.R.1112-6 du CSP

<sup>3</sup> Art.R.1112-1 du CSP

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

---

**Article 108 : Information du médecin traitant et consultations externes**

Les médecins responsables de consultations externes doivent, sous réserve de l'accord du patient, informer le médecin (ou la sage-femme) désigné par le patient, des jours et heures auxquels il lui sera possible de prendre connaissance du dossier de l'intéressé.

**Article 109 : Information du médecin traitant et analyses biologiques**

Les résultats des prélèvements en vue d'analyses biologiques effectués dans les unités de soins, les blocs opératoires ou aux consultations sont toujours adressés directement aux médecins hospitaliers prescripteurs et jamais aux patients, conformément aux directives propres à ces disciplines. Les patients qui le souhaitent peuvent désigner tout médecin de leur choix qui recevra copie des résultats.

Les résultats des prélèvements en vue d'analyses biologiques effectués dans le cadre des consultations externes sont adressés directement aux patients

**Article 110 : Présence du médecin traitant durant une intervention**

Le médecin traitant peut assister aux interventions chirurgicales que le patient aurait éventuellement à subir au cours de son hospitalisation.

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

## Chapitre 7 : Personnes décédées

### 1. Décès

#### Article 111 : Constat de décès

Le décès est constaté par un médecin ou un interne thésé. Un médecin établit un certificat de décès, lequel est transmis au bureau des entrées.

Conformément à l'article 80 du Code Civil, les décès sont inscrits sur un registre spécial, disponible dans les bureaux des entrées. Une copie en est transmise dans les 24 heures au bureau d'état civil de la Mairie de DUNKERQUE, ou de SAINT POL SUR MER pour les services qui y sont localisés.

#### Article 112 : Notification du décès

La notification du décès est faite :

- pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France : au consulat le plus proche,
- pour les militaires : à l'autorité compétente,
- pour les mineurs relevant d'un service départemental d'Aide Sociale à l'Enfance : au Directeur de l'Action Sociale du Département du Nord,
- pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger : au Directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne gardienne du mineur.

#### Article 113 : Déclaration d' « enfant né sans vie »

Lorsqu'il n'est pas établi que l'enfant est né vivant et viable, une déclaration d' « enfant né sans vie » est établie conformément aux dispositions de l'article 79-1 du Code Civil (article 6 de la Loi n°93-22 du 8 janvier 1993).

#### Article 114 : Indices de mort suspecte ou violente

Dans les cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un hospitalisé, le Directeur ou son représentant, prévenu par le médecin responsable, avise l'autorité judiciaire, conformément à l'article 81 du Code Civil.

#### Article 115 : Toilette mortuaire et inventaire après décès

Lors du décès médicalement constaté, le personnel soignant du service procède à la toilette et à l'habillage du défunt avec toutes les précautions convenables et dresse l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs, etc. qu'il possédait.

Cet inventaire est dressé en présence d'au moins un témoin. Il est inscrit sur un registre ou carnet spécial, paginé, tenu dans chaque service. Cet inventaire est établi dans les 24 heures suivant le décès, il est signé par le cadre soignant ou l'infirmier(e) et le témoin.

La dévolution des sommes d'argent, valeurs, bijoux et de tout objet laissés par le défunt est opérée dans les conditions prévues par le Code Civil et par la Loi 92-614 du 6 juillet 1992.

Les espèces, valeurs et bijoux sont immédiatement remis au comptable de l'établissement. Les vêtements et objets sans grande valeur sont soigneusement enveloppés dans des sacs vestiaires prévus à cet effet remis à la famille.

Si, dans le délai d'un an, ces sacs n'ont pas été réclamés, ils sont confiés à la Direction des Services Economiques qui organise leur remise au service des Domaines.

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

En cas de non observation de ces règles, l'agent engage sa responsabilité et celle de l'hôpital.

Le corps est déposé à la chambre mortuaire et il ne peut être transféré hors de l'établissement qu'avec les autorisations exigées par les lois et règlements.

Dans la mesure où les circonstances le permettent, la famille a accès auprès du défunt avant que le corps ne soit déposé dans la chambre mortuaire.

Les familles peuvent demander la présentation du corps au dépôt mortuaire de l'établissement. La conservation du corps en chambre mortuaire est facturée aux familles.

#### **Article 116 : Mesures de police sanitaire**

Lorsque les mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au défunt sont incinérés par mesure d'hygiène.

Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants droits qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur desdits objets et effets.

## **2. Transport de corps**

#### **Article 117 : Transport de corps à résidence sans mise en bière**

Le transport sans mise en bière du corps d'une personne décédée, du Centre hospitalier à la résidence du défunt ou d'un membre de sa famille doit être autorisé par le Maire de la commune de DUNKERQUE.<sup>1</sup>

L'autorisation est subordonnée :

- à la demande écrite de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile,
- à la reconnaissance préalable du corps par ladite personne,
- à l'accord écrit du directeur d'établissement d'hospitalisation,
- à l'accord écrit du médecin hospitalier responsable du malade,
- à l'accomplissement préalable des formalités prescrites aux articles 78, 79 et 80 du Code Civil relatives aux déclarations de décès.

Le médecin ne peut s'opposer au transport que pour les motifs suivants<sup>2</sup> :

- le décès soulève un problème médico-légal
- le défunt était atteint, au moment du décès, de l'une des maladies contagieuses dont la liste est fixée par arrêté du Ministre de la Santé.
- l'état du corps ne permet pas un tel transport.

Si le médecin s'oppose au transport du corps sans mise en bière, il doit en avvertir sans délai par écrit le Directeur de l'établissement et la famille.

Si la commune du lieu du décès n'est pas celle où le corps doit être transporté, avis de l'autorisation de transport est adressé sans délai au maire de cette dernière et à PARIS au préfet de police.

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

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

<sup>1</sup> Art.R.2213-7 et suivants du Code général des collectivités territoriales

<sup>2</sup> Art.R.2213-9 du Code général des collectivités territoriales

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

#### **Article 118 : Transfert de corps en chambre funéraire avant mise en bière**

Le transport du corps dans une chambre funéraire située sur le territoire de la commune du lieu de décès ne peut être effectué que sur production d'un certificat médical constatant que le défunt n'est pas atteint d'une des maladies contagieuses dont la liste est fixée par un arrêté du Ministre de la Santé. Il appartient au médecin responsable du malade d'établir ce certificat. <sup>1</sup>

L'admission en chambre funéraire doit intervenir dans un délai de 24 heures après le décès.

Elle a lieu sur la demande écrite, soit de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile, soit du Directeur ou de son représentant (dans ce dernier cas, les frais résultant du transport sont à la charge de l'établissement).

En outre, si le corps doit être transporté dans une chambre funéraire hors de la commune où se trouve implanté l'établissement du Centre Hospitalier dans lequel est survenu le décès, la personne ayant demandé l'admission en chambre funéraire (et donc le cas échéant, le Directeur ou son représentant) doit solliciter une autorisation préalable de transport, auprès du Maire de la commune du lieu de décès.

Les dispositions ci-dessus ne visent que les transports dans une chambre funéraire autre que la chambre mortuaire de l'établissement du Centre Hospitalier dans lequel est survenu le décès.

#### **Article 119 : Transport de corps après mise en bière**

Avant son inhumation ou sa crémation, le corps d'une personne décédée doit être mis en bière.

Si la personne décédée était porteuse d'une prothèse renfermant des radio-éléments, un médecin fait procéder à la récupération de l'appareil avant la mise en bière.

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

### **3. Prélèvement d'organes**

#### **Article 120 : Prélèvement d'organes**

Le Centre Hospitalier de DUNKERQUE fait partie des établissements autorisés à pratiquer des prélèvements d'organes après décès. <sup>2</sup>

Toute personne admise au Centre Hospitalier qui entend s'opposer à un prélèvement sur son cadavre peut l'exprimer par tout moyen, notamment par l'inscription sur un registre national automatisé prévu à cet effet ou en consignant l'expression de son refus sur un registre mis à disposition au Bureau des entrées. Le refus de prélèvement est révoquant à tout moment. Si cette personne n'est pas en état de s'exprimer, toute indication recueillie sur sa personne, dans ses effets ou de toute autre provenance, qui donne à penser qu'elle entend s'opposer à ce prélèvement sur son cadavre est consignée sur ce registre. <sup>3</sup>

L'Etablissement français des greffes est chargé de la gestion du registre national automatisé institué par l'article L. 1232-1 du code de la santé publique pour enregistrer les oppositions aux prélèvements d'organes après décès.

La demande d'inscription sur le registre est adressée par voie postale à l'Etablissement français des greffes : elle est datée, signée, accompagnée de la photocopie de tout document susceptible de

<sup>1</sup> Art.R.2213-7 et suivants du Code général des collectivités territoriales

<sup>2</sup> Art.L.1233-1 du CSP

<sup>3</sup> Art.L.1232-1 et Art.R.1232-1 et suivants du CSP

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

justifier de l'identité de son auteur, notamment de la carte nationale d'identité en cours de validité, du passeport même périmé, du permis de conduire ou d'un titre de séjour.<sup>1</sup>

Toutes les personnes pouvant témoigner qu'une personne hospitalisée a fait connaître qu'elle s'opposait à un prélèvement sur son cadavre, en particulier les membres de sa famille et ses proches consignent leurs témoignages, assortis des justifications nécessaires, dans le registre évoqué ci-dessus. Ils doivent notamment préciser le mode d'expression du refus, les circonstances dans lesquelles il a été exprimé et, le cas échéant, sa portée.

Toute personne majeure ou mineure âgée de treize ans au moins peut s'inscrire sur le registre afin de faire connaître qu'elle refuse qu'un prélèvement d'organes soit opéré sur son corps après son décès soit à des fins thérapeutiques, soit pour rechercher les causes du décès, soit à d'autres fins scientifiques, soit dans plusieurs de ces trois cas.

Le refus prévu à l'alinéa précédent ne peut faire obstacle aux expertises, constatations et examens techniques ou scientifiques éventuellement diligentés dans le cadre d'une enquête judiciaire ou d'une mesure d'instruction.<sup>2</sup>

Si la personne décédée est un enfant mineur ou un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection légale, le prélèvement ne peut avoir lieu qu'à la condition que chacun des titulaires de l'autorité parentale ou le représentant légal y consente expressément par écrit.<sup>3</sup>

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

Si les circonstances ayant entraîné la mort sont telles que, dans l'intérêt d'une preuve à apporter, le cadavre est susceptible d'être soumis à un examen médico-légal, le médecin qui a la connaissance de ces circonstances doit s'abstenir de tout prélèvement qui rende aléatoire la preuve des causes du décès.

Lorsqu'un prélèvement d'organes est fait à l'hôpital dans un but thérapeutique, le Conseil d'Administration peut décider que tout ou partie des frais de transport du corps et des frais d'obsèques incombant à la famille du malade décédé, sur lequel le prélèvement a été opéré, est à la charge de l'établissement.

## 4. Autopsie

### Article 121 : Autopsie - Inhumation

Aucune autopsie médico-scientifique autre que celle ayant pour but la recherche des causes du décès ne peut être effectuée sans le consentement exprès du défunt exprimé de son vivant, ou celui de sa famille. Lorsque le défunt est un mineur, ce consentement est exprimé par l'un des titulaires de l'autorité parentale.

Tout prélèvement fait l'objet d'une demande d'accord auprès du directeur de l'établissement par le médecin chef de service.

Les corps reconnus par les familles leur sont rendus. Les familles règlent le convoi à leur convenance en s'adressant au service ou à l'entreprise de pompes funèbres de leur choix.

Lorsque dans un délai de dix jours au maximum, le corps n'a pas été réclamé par la famille ou les proches, le Centre Hospitalier fait procéder à l'inhumation dans les conditions compatibles avec l'avoir laissé par le défunt. Si ce dernier n'a rien laissé, le Centre Hospitalier applique les dispositions

<sup>1</sup> Art.R.1232-7 du CSP

<sup>2</sup> Art.R.1232-6 du CSP

<sup>3</sup> Art.L.1232-2 du CSP

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

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

Les conditions dans lesquelles les frais d'inhumation et d'obsèques des différentes catégories d'hospitalisés sont pris en charge soit par les services d'Aide Sociale, soit par les organismes de Sécurité sociale, soit par la commune ou l'Etat, soit par le Centre Hospitalier ou la succession, sont déterminées par les lois et règlements en vigueur et notamment par l'article L.2223-27 du Code des communes.

**Article 122 : Admission en chambre mortuaire des personnes décédées hors de l'établissement**

Sauf réquisition, l'établissement ne peut pas recevoir de personnes décédées hors l'établissement.

Le règlement intérieur complet de la chambre funéraire du Centre hospitalier de DUNKERQUE est consultable dans les locaux de la chambre funéraire.

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

## Chapitre 8 : Dispositions relatives aux personnels

### Article 123 : Tenue correcte

Une tenue irréprochable dans son habillement comme dans son langage est exigée de l'ensemble du personnel. Un soin particulier doit être apporté à l'hygiène personnelle. La familiarité à l'égard des usagers est formellement proscrite.

### Article 124 : Tenues de travail

Les personnes appelées à travailler dans les services du Centre hospitalier doivent porter les tenues vestimentaires en usage dans l'établissement et fournies par la Blanchisserie.

La tenue vestimentaire professionnelle doit être portée pendant toute la durée du service. L'agent restitue les tenues à la Blanchisserie lorsqu'il quitte l'établissement.

Le port de la tenue professionnelle est interdit dans le restaurant du personnel, et lorsque le personnel n'est pas en service.

### Article 125 : Laïcité

En application du principe de laïcité de l'Etat et des services publics, il est interdit au personnel durant l'exercice de ses fonctions de manifester l'appartenance à une religion quelle qu'elle soit, notamment par une extériorisation vestimentaire.<sup>1</sup>

### Article 126 : Neutralité

Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les patients ou leur famille qui doivent, notamment, être tenus à l'écart des éventuels conflits et revendications du personnel susceptibles d'apparaître dans l'établissement. La Liberté de conscience, en particulier, doit être rigoureusement respectée.

### Article 127 : Lutte contre le bruit, le tabagisme et l'alcoolisme

Chaque membre du personnel doit contribuer à la lutte contre le bruit, tout particulièrement la nuit et dans les services de soins.

En application de la loi n°91-32 du 10 janvier 1991 et du décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, il est interdit de fumer dans les locaux du Centre. Il est également interdit de fumer dans les lieux non couverts (cour, allées, parking) de l'Institut de formation en soins infirmiers.

En application des dispositions de l'article L.232-2 du Code du travail, le personnel ne doit ni introduire, ni consommer de boissons alcoolisées dans l'enceinte du Centre hospitalier.

### Article 128 : Confort des patients

A tous les échelons, le personnel s'efforcera d'assurer le maximum de confort, physique et moral, aux patients dont il a la charge.

Aucun propos de nature à troubler le climat de sécurité et de calme indispensable dans les locaux hospitaliers ne doit être tenu par un membre du personnel, en présence des usagers.

<sup>1</sup> Circulaire du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé



Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

---

**Article 129 : Accueil des familles**

Le personnel accueillera et informera les familles avec tact et ménagement en toutes circonstances.

**Article 130 : Information des familles**

Le personnel avisera les familles en temps utile des décisions concernant le patient, et avant que la décision ait reçu exécution, sauf urgence médicale, : intervention chirurgicale, transfert dans un autre établissement, sortie.....

**Article 131 : Information en cas d'aggravation de l'état d'un patient**

Le personnel fera diligence pour que les avis d'aggravation et de décès parviennent aux familles par les moyens les plus rapides, notamment le téléphone lorsqu'elles ont laissé à l'hôpital un numéro à cet effet.

**Article 132 : Le secret professionnel**

L'ensemble du personnel du Centre Hospitalier est tenu au secret professionnel, son non-respect risquant d'entraîner les peines prévues à l'article 226-13 du Code Pénal. Ce secret professionnel est absolu, sauf exceptions prévues par la loi, et s'applique à tous les agents et en toutes circonstances vis-à-vis de toute personne, y compris les fonctionnaires de police. Seule l'autorité judiciaire et les personnes mandatées par elle peuvent requérir la délivrance de certificats ou la saisie de dossiers dans les conditions fixées par la loi.<sup>1</sup>

**Article 133 : La discrétion professionnelle**

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les agents sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle pour tout ce qui concerne les faits dont ils ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions. Toute communication à des personnes étrangères à l'administration hospitalière, et notamment à des journalistes, à des agents d'assurance ou à des démarcheurs, est rigoureusement interdite, sauf autorisation accordée par la Direction.<sup>2</sup>

En l'absence d'opposition des patients, 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; les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être fournis par les cadres de santé ou les infirmières.<sup>3</sup>

**Article 134 : Respect du libre choix des familles**

Dans le cas où les familles ont la possibilité de faire appel à des entreprises privées (ambulances, pompes funèbres), leur libre choix doit être respecté.<sup>4</sup>

**Article 135 : Interdiction des démarcheurs et journalistes**

Les journalistes, photographes, démarcheurs et agents d'affaires qui pénètrent sans autorisation dans les chambres et les services dans l'intention d'y exercer leur activité doivent être immédiatement exclus.

**Article 136 : Assiduité et ponctualité**

L'assiduité et la ponctualité du personnel conditionnent le bon fonctionnement des services.

---

<sup>1</sup> Article 26 de la Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

<sup>2</sup> Article 26 de la Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

<sup>3</sup> Article 27 de la Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

<sup>4</sup> Art. L. 1110-8 du CSP et Circulaire DHOS/SDO/O 1 n°2003-277 du 10 juin 2003 relative aux relations entre établissements de santé publics et privés et transporteurs sanitaires privés

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

---

**Article 137: Remplacement entre agents**

En cas d'empêchement de l'agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, un autre agent ayant reçu d'une autorité responsable l'ordre d'exécuter ce travail ne peut s'y soustraire au motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade. Il est tenu de l'exécuter dans la limite de ses compétences.<sup>1</sup>

Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent. Le caractère de service public hospitalier justifie, en cas de grève, le recours au service minimum dégagé par la jurisprudence. Le Directeur a le droit d'assigner au service des agents indispensables à son fonctionnement minimum, afin d'assurer la sécurité des biens et des personnes.

**Article 138 : Respect des locaux et du matériel**

Tout membre du personnel doit veiller à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à sa disposition par l'établissement. Il peut être exigé un remboursement en cas de dégradations volontaires, de perte ou d'incurie caractérisée. Le personnel ne doit pas emprunter les monte-malades, en dehors du transport des hospitalisés.

**Article 139 : Déclarations des incidents**

Tout agent doit aviser son supérieur hiérarchique des incidents dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

**Article 140 : Dépôt des biens des patients**

Aucun employé de l'hôpital ne doit conserver par devers lui des dépôts d'argent ou d'objets de valeur appartenant à des malades.

Ces dépôts doivent être versés sans délai par le patient lui-même ou son représentant dûment autorisé, à l'antenne administrative du Service d'accueil des urgences qui dispose d'un coffre à cet effet. Un récépissé des valeurs déposées est remis au déposant.<sup>2</sup>

**Article 141 : Interdiction des pourboires**

Le personnel ne doit accepter ni cadeaux, ni pourboires, que ce soit à titre individuel ou à titre collectif.

Le personnel peut informer les familles et les patients qu'ils peuvent témoigner de leur satisfaction en adressant un courrier au Directeur ou en adressant un don au Centre Hospitalier de DUNKERQUE.

**Article 142 : Interdiction du cumul d'activités**

Il est interdit à tout agent d'exercer à titre professionnel une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit.<sup>3</sup>

Il peut être dérogé à cette interdiction dans les conditions prévues par la réglementation générale.

---

<sup>1</sup> Art. 99 de la Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

<sup>2</sup> Art.L.1113-1 à L.1113-10 et R.1113-1 à R.1113-9 du CSP

<sup>3</sup> Article 25 de la Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

---

**Article 143 : Protection du personnel**

La protection du personnel est assurée en application des dispositions des articles 11 et 11 bis A de la Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant d droits et obligations des fonctionnaires et dans les conditions précisées par la circulaire DHOS/P1/2000 n°609 du 15 Décembre 2000, en particulier en ce qui concerne les situations de violence.

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

## **Chapitre 9 : Informatique et libertés, et accès aux documents administratifs**

### **Article 144 : Informatique et libertés**

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés est mise en oeuvre en vue de protéger les libertés des patients, des personnels et des fournisseurs.

L'informatique doit être au service de chaque citoyen. Elle ne doit porter atteinte ni à l'identité humaine ni aux droits de l'homme, ni à la vie privée, ni aux libertés individuelles ou publiques.

Toute personne ordonnant ou effectuant un traitement d'informations nominatives s'engage de ce fait, vis-à-vis des personnes concernées, à prendre toutes précautions utiles afin de préserver la sécurité des informations et notamment d'empêcher qu'elles ne soient déformées, endommagées ou communiquées à des tiers non autorisés.

Toute personne justifiant de son identité a le droit d'interroger les services et organismes chargés de mettre en oeuvre les traitements automatisés dont la liste est accessible au public en vue de savoir si ces traitements portent sur des informations nominatives la concernant et, le cas échéant, d'en obtenir communication ou rectification.

Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des informations à caractère médical, celles-ci peuvent être communiquées directement à l'intéressé ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne à cet effet.

### **Article 145 : Echanges non sécurisés**

Dans l'attente de la mise en place d'un système d'échange de données sécurisé, il est recommandé de ne pas envoyer des données de santé nominatives par email et par fax car ces moyens de communication ne sont pas sécurisés.

### **Article 146 : Accès aux documents administratifs**

La Loi n°78-753 du 17 Juillet 1978 autorise l'accès aux documents administratifs, dans des conditions précises.

En cas de refus de communication d'un document administratif par la Direction du Centre Hospitalier, le demandeur peut saisir la Commission d'Accès aux Documents Administratifs – 66 rue Bellechasse – 75007 PARIS.

### **Article 147 : Charte du système d'information**

La charte du système d'information hospitalier est applicable à tous les personnels médicaux et non médicaux, permanents ou temporaires, ainsi qu'aux étudiants élèves et stagiaires de toute filière. Cette charte figure en annexe du présent règlement.

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

## Chapitre 10: Dispositions relatives au règlement intérieur

### Article 148 : Accès au règlement intérieur

Le règlement intérieur est tenu à la disposition de toute personne intéressée, qui peut en prendre connaissance à la Direction et dans les services. Dans les unités de soins, le règlement intérieur peut être demandé pour consultation auprès du cadre de santé.

### Article 149 : Autorité compétente

Le présent règlement est arrêté par le Conseil d'Administration du Centre hospitalier de DUNKERQUE après avis de la Commission Médicale d'Etablissement et du Comité Technique d'Etablissement.<sup>1</sup>

### Article 150 : Mise à jour du règlement intérieur

Le règlement intérieur fera l'objet d'une mise à jour à la fin de chaque année.

### Article 151 : Champ d'application du règlement intérieur

Le règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE s'applique :

- aux personnes hospitalisées et aux consultants externes
- à tous les usagers de l'établissement, dont les visiteurs, les familles des patients, et les contractants et fournisseurs
- aux personnels médicaux, pharmaceutiques et aux personnels non médicaux de l'établissement
- aux internes en médecine et en pharmacie, aux étudiants hospitaliers en médecine, en pharmacie et en odontologie<sup>2</sup>
- aux étudiants infirmiers et aux élèves aides-soignants
- aux stagiaires effectuant un stage dans un service de l'établissement.

<sup>1</sup> Art.L.6143-1 du CSP

<sup>2</sup> Art.R.6153-55, R.6153-70 et R.6153-83 du CSP

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

## **Annexe : Charte du système d'information hospitalier**

### **CHARTE D'UTILISATION DU SYSTEME D'INFORMATION**

L'utilisation de tout système informatique relié à un réseau suppose de la part des utilisateurs le respect d'un certain nombre de règles dont le rôle est d'assurer la sécurité et les performances de traitements, la préservation des données confidentielles ainsi que l'émission et la réception de données dans le respect des législations applicables.

Cette charte s'impose à tous les médecins, personnels, stagiaires et étudiants du Centre hospitalier de Dunkerque, utilisateurs du système d'information de l'établissement.

#### **ACCES AU SYSTEME D'INFORMATION**

Les utilisateurs sont habilités par l'administrateur du système, la DSIO : un login et un mot de passe leur sont attribués. Ceux-ci ont un caractère exclusivement personnel et leur utilisation engage la responsabilité de l'attributaire. Une demande écrite doit être transmise à l'administrateur pour toute demande de création, modification ou suppression.

Les droits d'accès sont définis selon le profil de l'utilisateur. Ils sont susceptibles d'être révoqués à tout moment et peuvent varier selon l'affectation de l'utilisateur.

Les utilisateurs doivent impérativement sortir des logiciels permettant l'accès à des informations nominatives lorsqu'ils quittent leur poste informatique.

L'accès au système d'information suppose le respect de la présente charte.

#### **REGLES DE SECURITE**

L'utilisateur est tenu de respecter le caractère personnel et protégé des moyens d'accès qui lui ont été accordés.

L'installation et le téléchargement d'un logiciel sur le réseau local ou sur le poste de travail local est prohibée, sauf autorisation expresse et écrite de l'administrateur. Cette précaution est destinée à préserver l'intégrité du système d'information. A cet égard, l'utilisateur est tenu de signaler tout incident de sécurité (virus, tentative d'intrusion...) qu'il serait amené à constater.

Par ailleurs, le Centre Hospitalier de Dunkerque se réserve la possibilité de surveiller et de contrôler à tout moment l'utilisation faite du système d'information en mettant en œuvre une traçabilité.

Le contenu de la messagerie reste cependant d'ordre privé.

#### **REGLES DE CONFIDENTIALITE**

Des données particulièrement sensibles à caractère médical ou ayant trait à la vie privée des personnes sont disponibles sur le système d'information.

L'utilisateur doit de ce fait assurer la confidentialité des informations auxquelles il accède en prenant soin que les personnes non autorisées ne puissent pas y accéder. En particulier, il ne doit pas diffuser d'informations confidentielles hors de l'établissement, sans autorisation de l'institution.

Il ne doit pas non plus diffuser de données soumises à un droit de copie qu'il ne détient pas.

#### **REGLES D'UTILISATION DU RESEAU ET DES SERVICES INTRANET ET INTERNET**

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

L'utilisateur doit se conformer aux règles en vigueur dans la communauté intranet et internet, appelées communément règles de « netiquette ».

La reproduction ou l'utilisation d'un logiciel sans l'autorisation du titulaire est constitutive du délit de contrefaçon. L'accès à des données, messages ou œuvres diffusées en infraction avec la législation nationale est proscrit. Des poursuites pénales et civiles peuvent avoir lieu, à l'encontre de l'utilisateur et du Centre hospitalier de Dunkerque.

#### **UTILISATION DES RESSOURCES**

Les moyens mis à disposition (équipements, accès aux ressources informatiques et réseau) le sont en vue d'une utilisation professionnelle dans le respect des capacités du système d'information.

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

## Tableau de correspondance entre la version de 2008 et la version de 2003

	Version 2008	Version 2003
<b>Préambule</b>		
<b>Chapitre 1 : Organisation du Centre hospitalier de DUNKERQUE</b>		
Les organes décisionnaires		
Le Conseil d'administration et le directeur	1	61 62 63
Le Conseil d'administration	2	62 63
Le Directeur	3	61
Le Conseil exécutif	4	
Régime de publicité des actes décisionnaires	5	
Les instances consultatives générales		
Les instances consultatives générales	6	
La commission médicale d'établissement	7	
Le comité technique d'établissement	8	
Les instances consultatives spécialisées		
La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques	9	
Les commissions administratives paritaires locales	10	
Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail	11	
Les instances spécialisées		
La commission de relation avec les usagers et de la qualité - CRUQ	12	35
La commission de l'organisation de la permanence des soins	13	
La commission de l'activité libérale	14	
Le comité de lutte contre la douleur	15	
Le collège médical du service de l'information médicale	16	
Les structures de sécurité sanitaire		
L'instance de consultation et de suivi chargée de la lutte contre les infections nosocomiales	17	
Le comité des anti-infectieux	18	
Le correspondant local d'hémovigilance	19	
Le comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance	20	
Le correspondant local de pharmacovigilance	21	
La sous-commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles	22	
La commission des autres vigilances	23	
Le correspondant local de biovigilance	24	
Le correspondant local de matériovigilance	25	
Le correspondant local de réactovigilance	26	
Le comité de liaison en alimentation et nutrition	27	
<b>Chapitre 2 : Organisation des soins et fonctionnement médical</b>		
Le code de déontologie médicale	28	
Les pôles d'activité clinique et médico-technique		
Les pôles d'activité clinique et médico-technique	29	
Les services et unités fonctionnelles	30	
Le conseil de pôle	31	
Les responsables de pôle	32	
Le cadre supérieur de santé ou la sage-femme cadre supérieur du pôle	33	



Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

Le cadre administratif contrôleur de gestion	34	
Le directeur adjoint, représentant de la direction auprès d'un pôle	35	
Le bureau de pôle	36	
Les chefs de service	37	
Les responsables des structures internes cliniques et médico-techniques autres que les services	38	
La permanence des soins		
La permanence des soins	39	
Obligations de service des praticiens à plein temps	40	
Obligations de service des praticiens à temps partiel	41	
Obligations de service des praticiens contractuels	42	
Obligations de service des assistants des hôpitaux	43	
Obligations de service des praticiens attachés	44	
Obligations de service des internes	45	
Obligations de service des étudiants en médecine	46	
Obligations de service des étudiants en odontologie	47	
Obligations de service des étudiants en pharmacie	48	
Coordination des soins dispensés aux malades	49	
Les interventions chirurgicales	50	
La pharmacie à usage intérieur	51	
Le fonctionnement médical		
Les visites	52	
Le dossier médical	53	
Le service des archives médicales	54	
Le service de l'information médicale	55	
<b>Chapitre 3 : Mesures de police générale</b>		
L'entrée, la circulation et le stationnement		
Accès au Centre hospitalier	56	1
Respect du Code de la route	57	2
Stationnement des visiteurs	58	3
Circulation et stationnement dans l'enceinte du Centre hospitalier	59	4
Règles de vie collective		
Le tabac	60	5
La propreté des espaces collectifs	61	6
Respect des biens du Centre hospitalier	62	7
Respect du calme et téléphone portable	63	8
Respect des personnes et courtoisie	64	
Respect des nécessités de service	65	23
Expulsion des auteurs de désordre	66	9
Aliments en provenance de l'extérieur et alcool	67	21
Les animaux à l'hôpital	68	22
Les visites aux patients hospitalisés		
Droit de visite	69	10
Limitation d'accès des visiteurs aux heures de visite	70	9
Limites au droit de visite	71	19
Respect d'autrui lors des visites	72	20
Usage des ascenseurs et des escalators	73	17
Usage des monte-malades	74	18
Heures des visites autorisées	75	11
Visites en service de Pédiatrie	76	12
Visites en service de Réanimation	77	13
Visites en service d'Addictologie	78	14
Visite en service de Maternité	79	15
Visite en service d'Hématologie	80	16
Journalistes, photographes et démarcheurs	81	24

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

<b>Chapitre 4 : Dispositions relatives aux hospitalisés et aux consultants externes</b>		
1. Admissions et consultations externes		
Admission	82	25
Admission en urgence et information des familles	83	30
Admission imposée	84	
Transferts vers un autre établissement après premiers soins	85	
Information des patients sur leur état de santé - Consentement	86	27
Refus de soins et Sortie contre avis médical	87	29
2. Conditions de séjour		
Droits généraux du patient	88	
Information du patient		
Livret d'accueil	89	26
Rendez-vous auprès des médecins pour les familles	90	31
Identité des intervenants auprès des hospitalisés	91	28
Discrétion à la demande du patient et limite aux informations données à des tiers	92	
Personne de confiance	93	32
Responsabilité du Centre hospitalier à l'égard des biens des hospitalisés	94	59
Responsabilité en cas de chute	95	60
Déplacement dans l'hôpital	96	34
Gratifications et pourboires	97	33
Plaintes et satisfactions - CRUQ	98	35
3. Le dossier médical		
Le contenu du dossier médical	99	
L'accès au dossier médical d'un patient	100	
L'accès au dossier médical par le patient	101	36
La destruction des dossiers médicaux anciens	102	
L'accès au dossier médical d'un patient mineur	103	
L'accès au dossier médical d'un patient décédé	104	
Le dossier médical personnel (D.M.P.)	105	
<b>Chapitre 5 : Règles spécifiques à certains services</b>	106	66
<b>Chapitre 6 : Relations entre médecins hospitaliers, médecins traitants et patients</b>		
Information du médecin traitant et hospitalisation	107	37
Information du médecin traitant et consultations externes	108	38
Information du médecin traitant et analyses biologiques	109	39
Présence du médecin traitant durant une intervention	110	40
<b>Chapitre 7 : Personnes décédées</b>		
1. Décès		
Constat de décès	111	
Notification du décès	112	
Déclaration d' « enfant né sans vie »	113	
Indices de mort suspecte ou violente	114	
Toilette mortuaire et inventaire après décès	115	
Mesures de police sanitaire	116	
2. Transport de corps		
Transport de corps à résidence sans mise en bière	117	
Transfert de corps en chambre funéraire avant mise en bière	118	
Transport de corps après mise en bière	119	

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

3. Prélèvement d'organes		
Prélèvement d'organes	120	
4. Autopsie		
Autopsie - Inhumation	121	
Admission en chambre mortuaire des personnes décédées hors de l'établissement	122	
<b>Chapitre 8 : Dispositions relatives aux personnels</b>		
Tenue correcte	123	48
Tenues de travail	124	
Laïcité	125	
Neutralité	126	56
Lutte contre le bruit, le tabagisme et l'alcoolisme	127	49
Confort des patients	128	50
Accueil des familles	129	51
Information des familles	130	52
Information en cas d'aggravation de l'état d'un patient	131	53
Le secret professionnel	132	54
La discrétion professionnelle	133	55
Respect du libre choix des familles	134	57
Interdiction des démarcheurs et journalistes	135	57
Assiduité et ponctualité	136	41
Remplacement entre agents	137	42
Respect des locaux et du matériel	138	43
Déclarations des incidents	139	44
Dépôt des biens des patients	140	45
Interdiction des pourboires	141	46
Interdiction du cumul d'activités	142	47
Protection du personnel	143	58
<b>Chapitre 9 : Informatique et libertés et accès aux documents administratifs</b>		
Informatique et libertés	144	64
Echanges non sécurisés	145	
Accès aux documents administratifs	146	65
Charte du système d'information	147	
<b>Chapitre 10 : Dispositions relatives au règlement intérieur</b>		
Accès au règlement intérieur	148	67
Autorité compétente	149	68
Mise à jour du règlement intérieur	150	69
Champ d'application du règlement intérieur	151	
<b>Annexe : Charte du système d'information hospitalier</b>		

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

## Tableau de correspondance entre la version de 2003 et la version de 2008

Version 2003	Version 2008 Article :
<b>Préambule</b>	
<b>Chapitre 1 : L'entrée, la circulation, le stationnement</b>	
Article 1 : adresse d'entrée pour les patients, visiteurs, fournisseurs, et les piétons	56
Article 2 : code de la route applicable	57
Article 3 : parkings	58
Article 4 : usages des parkings	59
<b>Chapitre 2 : Principes généraux</b>	
Article 5 : interdiction du tabac	60
Article 6 : respect de la propreté	61
Article 7 : poursuite en cas de détérioration ou vol	62
Article 8 : comportement décent et calme des usagers, téléphones mobiles éteints	63
Article 9 : restriction des présences au temps des visites ; expulsion des fauteurs de troubles	66 – 70
<b>Chapitre 3 : Les visites</b>	
Article 10 : limites au droit de visite	69
Article 11 : heures de visite	75
Article 12 : heures en pédiatrie	76
Article 13 : heures en réanimation	77
Article 14 : heures en addictologie	78
Article 15 : heures en maternité	79
Article 16 : heures en secteur protégé d'hématologie	80
Article 17 : interdiction des ascenseurs et escalators aux enfants non accompagnés	73
Article 18 : monte-malades réservés au fonctionnement interne	74
Article 19 : visites compatibles avec état de santé des patients	71
Article 20 : visites compatibles avec autres patients et fonctionnement du service	72
Article 21 : interdiction alcool, et aliments déconseillés	67
Article 22 : interdiction d'accès aux animaux, sauf aveugles et MPA	68
Article 23 : respect des consignes du personnel par les visiteurs	65
Article 24 : accès des journalistes et démarcheurs	81
<b>Chapitre 4 : Dispositions relatives aux hospitalisés et aux consultants externes</b>	
Article 25 : admission prononcée par le directeur	82
Article 26 : remise du livret accueil, dépôt des biens	89 - 94
Article 27 : rôle d'information des médecins, consentement aux soins	86
Article 28 : information du nom des médecins et soignants	91
Article 29 : refus de soins	87
Article 30 : information des familles si hospitalisation en urgence	83
Article 31 : horaires des médecins pour recevoir familles	90
Article 32 : personne de confiance	93
Article 33 : interdiction des pourboires	97
Article 34 : information des déplacements, tenue décente lors des déplacements	96
Article 35 : CRUQ	12 – 98
<b>Chapitre 5 : Relations entre médecins hospitaliers, médecins traitants et patients</b>	
Article 36 : garde du dossier, et règles de communication	99
Article 37 : information du médecin traitant	107
Article 38 : dossier de consultations et médecin traitant	108

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

Article 39 : résultats de laboratoire	109
Article 40 : présence du médecin traitant lors d'une intervention	110
<b>Chapitre 6 : Dispositions relatives au personnel</b>	
Article 41 : assiduité et ponctualité	136
Article 42 : en cas d'urgence, obligation d'exécuter le travail ordonné	137
Article 43 : respect des locaux, matériels ; interdiction usage monte malades	138
Article 44 : informer des incidents	139
Article 45 : obligation de dépôt des valeurs des patients	140
Article 46 : interdiction des pourboires	141
Article 47 : interdiction d'une activité lucrative	142
Article 48 : tenue, hygiène personnelle, langage	123
Article 49 : veiller à la lutte contre le bruit et tabagisme, ne pas troubler les patients	127
Article 50 : assurer le maximum de confort aux patients	128
Article 51 : information des familles avec tact	129
Article 52 : information des familles en temps utile des décisions	130
Article 53 : information des familles en cas d'aggravation et décès	131
Article 54 : secret professionnel ; relations police justice	132
Article 55 : discrétion professionnelle ; qui peut renseigner les tiers	133
Article 56 : interdiction des pressions et propagande, liberté de conscience	126
Article 57 : libre choix ambulances, pompes funèbres. Exclusion journalistes sans autorisation	134 - 135
Article 58 : protection du personnel	143
<b>Chapitre 7 : La responsabilité de l'hôpital à l'égard des usagers</b>	
Article 59 : responsabilité à l'égard des biens déposés	94
Article 60 : responsabilité en cas de chute	95
<b>Chapitre 8 : Dispositions relatives au conseil d'administration</b>	
Article 61 : directeur et CA ; réunions du CA, modalités de convocation	1 à 3
Article 62 : représentation des usagers au sein du CA	2
Article 63 : représentant des familles des résidents en USLD au CA, mode d'élection	2
<b>Chapitre 9 : Dispositions diverses</b>	
Article 64 : droit d'accès au traitement d'informations nominatives / CNIL	144
Article 65 : droit d'accès aux documents administratifs / CADA	146
Article 66 : règlements spécifiques de certains services, en complément de celui-ci	106
Article 67 : règlement intérieur à la disposition de toute personne intéressée	148
Article 68 : règlement intérieur arrêté par le CA, après avis et CTE	149
Article 69 : révision annuelle du règlement intérieur	150

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

## TABLE DES MATIERES DETAILLEE

Préambule : .....	2
Chapitre 1 : Organisation du Centre hospitalier de DUNKERQUE .....	3
1. Les organes décisionnaires.....	3
Article 1    Le Conseil d'administration et le Directeur .....	3
Article 2    Le Conseil d'administration .....	3
Article 3    Le Directeur.....	5
Article 4    Le conseil exécutif .....	5
Article 5    Régime de publicité des actes décisionnaires .....	6
2. Les instances consultatives générales .....	6
Article 6    Les instances consultatives générales.....	6
Article 7    La Commission Médicale d'Etablissement .....	6
Article 8    Le Comité Technique d'Etablissement.....	7
3. Les instances consultatives spécialisées.....	8
Article 9    La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico- techniques.....	8
Article 10    Les Commissions administratives paritaires locales.....	11
Article 11    Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ...	11
4. Les instances spécialisées .....	12
Article 12 La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ).....	12
Article 13    La commission de l'organisation de la permanence des soins ...	13
Article 14    La commission de l'activité libérale.....	13
Article 15    Le comité de lutte contre la douleur (C.L.U.D.).....	14
Article 16    Le collège médical du service de l'information médicale .....	14
5. Les structures de sécurité sanitaire .....	15
Article 17    L'instance de consultation et de suivi chargée de la lutte contre les infections nosocomiales - Comité de lutte contre les infections nosocomiales .....	15
Article 18    Le comité des anti-infectieux – C.A.I.....	16
Article 19    Le correspondant local d'hémovigilance.....	16
Article 20    Le comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance – C.S.T.H.....	17
Article 21    Le correspondant local de pharmacovigilance.....	17
Article 22    La sous-commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles - COMEDIMS.....	17
Article 23    La commission des autres vigilances .....	18
Article 24    Le correspondant local de biovigilance .....	18
Article 25    Le correspondant local de matériovigilance .....	19
Article 26    Le correspondant local de réactovigilance .....	19
Article 27    Le comité de liaison en alimentation et nutrition – C.L.A.N. ....	19

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

Chapitre 2 : Organisation des soins et fonctionnement médical.....	21
1. Le code de déontologie médicale.....	21
Article 28 Le code de déontologie médicale .....	21
2. Les pôles d'activité cliniques et médico-techniques.....	21
Article 29 Les pôles d'activité .....	21
Article 30 Les services, départements et unités .....	22
Article 31 Le conseil de pôle .....	22
Article 32 Les responsables de pôle .....	26
Article 33 Le cadre supérieur de santé ou la sage-femme cadre supérieur du pôle.....	27
Article 34 Le cadre administratif contrôleur de gestion .....	29
Article 35 Le directeur adjoint, représentant de la direction auprès d'un pôle .....	29
Article 36 Le bureau de pôle .....	30
Article 37 Les chefs de service.....	30
Article 38 Les responsables des structures internes cliniques et médico- techniques autres que les services.....	30
3. La permanence des soins.....	31
Article 39 La permanence des soins .....	31
Article 40 Obligations de service des praticiens à plein temps .....	31
Article 41 Obligations de service des praticiens à temps partiel.....	32
Article 42 Obligations de service des praticiens contractuels .....	32
Article 43 Obligations de service des assistants des hôpitaux.....	32
Article 44 Obligations de service des praticiens attachés.....	32
Article 45 Obligations de service des internes.....	33
Article 46 Obligations de service des étudiants en médecine .....	33
Article 47 Obligations de service des étudiants en odontologie.....	33
Article 48 Obligations de service des étudiants en pharmacie.....	33
Article 49 Coordination des soins dispensés aux malades.....	33
Article 50 Les interventions chirurgicales .....	34
Article 51 La pharmacie à usage intérieur .....	34
4. Le fonctionnement médical.....	35
Article 52 La visite médicale .....	35
Article 53 Le dossier médical.....	35
Article 54 Le service des archives médicales .....	36
Article 55 Le service de l'information médicale (S.I.M.).....	36
Chapitre 3 : Mesures de police générale.....	38
1. L'entrée, la circulation et le stationnement.....	38
Article 56 : Accès au Centre hospitalier .....	38
Article 57 : Respect du Code de la route .....	38
Article 58 : Stationnement des visiteurs .....	38
Article 59 : Circulation et stationnement dans l'enceinte du Centre hospitalier .....	39
2. Règles de vie collective.....	39
Article 60 : Le tabac.....	39
Article 61 : La propreté des espaces collectifs.....	39
Article 62 : Respect des biens du Centre hospitalier .....	39
Article 63 : Respect du calme et téléphone portable .....	39
Article 64 : Respect des personnes et courtoisie .....	39

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

Article 65 :	Respect des nécessités de service.....	39
Article 66 :	Expulsion des auteurs de désordre .....	40
Article 67 :	Aliments en provenance de l'extérieur et alcool .....	40
Article 68 :	Accès des animaux.....	40
3. Les visites aux patients hospitalisés .....		40
Article 69 :	Droit de visite .....	40
Article 70 :	Limitation d'accès des visiteurs aux heures de visite .....	40
Article 71 :	Limites au droit de visite .....	40
Article 72 :	Respect d'autrui lors des visites .....	40
Article 73 :	Usage des ascenseurs et des escalators .....	40
Article 74 :	Usage des monte-malades .....	40
Article 75 :	Heures des visites autorisées .....	41
Article 76 :	Visites en service de Pédiatrie.....	41
Article 77 :	Visites en service de Réanimation.....	41
Article 78 :	Visites en service d'Addictologie .....	41
Article 79 :	Visite en service de Maternité.....	41
Article 80 :	Visite en service d'Hématologie .....	41
Article 81 :	Journalistes, photographes et démarcheurs .....	41
Chapitre 4 : Dispositions relatives aux hospitalisés et aux consultants externes .....		42
1. Admissions et consultations externes.....		42
Article 82 :	Admission.....	42
Article 83 :	Admission en urgence et information des familles .....	42
Article 84 :	Admission imposée.....	42
Article 85 :	Transfert vers un autre établissement après premiers soins.....	42
Article 86 :	Information des patients sur leur état de santé - Consentement	42
Article 87 :	Refus de soins et Sortie contre avis médical .....	43
2. Conditions de séjour .....		43
Article 88 :	Droits généraux du patient .....	43
Article 89 :	Livret d'accueil.....	44
Article 90 :	Rendez-vous auprès des médecins pour les familles .....	44
Article 91 :	Identité des intervenants auprès des hospitalisés.....	44
Article 92 :	Discrétion à la demande du patient et limite aux informations données à des tiers .....	44
Article 93 :	Personne de confiance .....	44
Article 94 :	Responsabilité du Centre hospitalier à l'égard des biens des hospitalisés.....	45
Article 95 :	Responsabilité en cas de chute.....	45
Article 96 :	Déplacement des hospitalisés .....	45
Article 97 :	Pourboires.....	45
Article 98 :	Plaintes et satisfactions - CRUQ .....	45
3. Le dossier médical .....		45
Article 99 :	Le contenu du dossier médical .....	45
Article 100 :	L'accès au dossier médical d'un patient .....	46
Article 101 :	L'accès au dossier médical par le patient.....	46
Article 102 :	La destruction des dossiers médicaux anciens .....	47
Article 103 :	L'accès au dossier médical d'un patient mineur.....	47
Article 104 :	L'accès au dossier médical d'un patient décédé.....	48
Article 105 :	Le dossier médical personnel (D.M.P.).....	48
Chapitre 5 : Règles spécifiques à certains services .....		49



Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

Article 106 :	Règles spécifiques .....	49
Chapitre 6 :	Relations entre médecins hospitaliers, médecins traitants et patients ...	49
Article 107 :	Information du médecin traitant et hospitalisation .....	49
Article 108 :	Information du médecin traitant et consultations externes .....	50
Article 109 :	Information du médecin traitant et analyses biologiques .....	50
Article 110 :	Présence du médecin traitant durant une intervention .....	50
Chapitre 7 :	Personnes décédées .....	51
1. Décès .....		51
Article 111 :	Constat de décès .....	51
Article 112 :	Notification du décès .....	51
Article 113 :	Déclaration d' « enfant né sans vie » .....	51
Article 114 :	Indices de mort suspecte ou violente .....	51
Article 115 :	Toilette mortuaire et inventaire après décès .....	51
Article 116 :	Mesures de police sanitaire .....	52
2. Transport de corps .....		52
Article 117 :	Transport de corps à résidence sans mise en bière .....	52
Article 118 :	Transfert de corps en chambre funéraire avant mise en bière ..	53
Article 119 :	Transport de corps après mise en bière .....	53
3. Prélèvement d'organes .....		53
Article 120 :	Prélèvement d'organes .....	53
4. Autopsie .....		54
Article 121 :	Autopsie - Inhumation .....	54
Article 122 :	Admission en chambre mortuaire des personnes décédées hors de l'établissement .....	55
Chapitre 8 :	Dispositions relatives aux personnels .....	56
Article 123 :	Tenue correcte .....	56
Article 124 :	Tenues de travail .....	56
Article 125 :	Laïcité .....	56
Article 126 :	Neutralité .....	56
Article 127 :	Lutte contre le bruit, le tabagisme et l'alcoolisme .....	56
Article 128 :	Confort des patients .....	56
Article 129 :	Accueil des familles .....	57
Article 130 :	Information des familles .....	57
Article 131 :	Information en cas d'aggravation de l'état d'un patient .....	57
Article 132 :	Le secret professionnel .....	57
Article 133 :	La discrétion professionnelle .....	57
Article 134 :	Respect du libre choix des familles .....	57
Article 135 :	Interdiction des démarcheurs et journalistes .....	57
Article 136 :	Assiduité et ponctualité .....	57
Article 137 :	Remplacement entre agents .....	58
Article 138 :	Respect des locaux et du matériel .....	58
Article 139 :	Déclarations des incidents .....	58
Article 140 :	Dépôt des biens des patients .....	58
Article 141 :	Interdiction des pourboires .....	58
Article 142 :	Interdiction du cumul d'activités .....	58
Article 143 :	Protection du personnel .....	59
Chapitre 9 :	Informatique et libertés, et accès aux documents administratifs .....	60
Article 144 :	Informatique et libertés .....	60
Article 145 :	Echanges non sécurisées .....	60

Règlement intérieur du Centre hospitalier de DUNKERQUE	Version initiale	Délibération du Conseil d'administration du 5 mai 2008
--	------------------	--

Article 146 :	Accès aux documents administratifs .....	60
Article 147 :	Charte du système d'information.....	60
Chapitre 10:	Dispositions relatives au règlement intérieur .....	61
Article 148 :	Accès au règlement intérieur .....	61
Article 149 :	Autorité compétente .....	61
Article 150 :	Mise à jour du règlement intérieur .....	61
Article 151 :	Champ d'application du règlement intérieur.....	61
Annexe :	Charte du système d'information hospitalier.....	62
Tableau de correspondance entre la version de 2008 et la version de 2003.....		64
Tableau de correspondance entre la version de 2003 et la version de 2008.....		68
TABLE DES MATIERES DETAILLEE.....		70