Centre Hospitalier Spécialisé

# REGLEMENT INTERIEUR

FONDATION
**BON SAUVEUR**
DE LA MANCHE

*audacieuse pour mieux servir*

## SOMMAIRE


**Dispositions préalables** ..... 4

**Chapitre 1 : Organisation administrative et médicale de l'établissement de Santé** ..... 5

**Chapitre 2 : Dispositions relatives aux patients** ..... 5

2.1 Droits fondamentaux ..... 5

- **Article 1 – Le droit fondamental à la protection de la santé** ..... 5
- **Article 2 – Respect de la vie privée** ..... 6
- **Article 3 – Libre choix** ..... 6
- **Article 4 – Droit à l'information et consentement.** ..... 6
- **Article 5 – Confidentialité sur la présence des patients.** ..... 6
- **Article 6 – Droits et libertés des personnes en soins psychiatriques libres, consentement aux soins.** ..... 7

2.2 Entrée – Accueil ..... 7

2.2.1 Modalités d'accueil ..... 7

- **Article 7 – Accueil.** ..... 7
- **Article 8 – Personne de confiance.** ..... 7
- **Article 9 – Personne à prévenir** ..... 8
- **Article 10 – Directives anticipées.** ..... 8
- **Article 11 – Relations entre l'établissement de santé et les médecins traitants.** ..... 8
- **Article 12 – Refus de soins** ..... 8
- **Article 13 – Prise en charge des frais d'hospitalisation.** ..... 8
- **Article 14 – Majeurs protégés.** ..... 9
- **Article 15 - Registre dématérialisé des entrées et sorties de tous les patients** ..... 9

2.2.2 Modalités d'accueil spécifiques applicables aux personnes en SOINS SANS CONSENTEMENT ..... 9

- **Article 16 – Droits et libertés des personnes en soins psychiatriques sans consentement.** ..... 9
- **Article 17 – Programme de soins.** ..... 9
- **Article 18 – Mainlevée sur décision du Juge des Libertés et de la Détention** ..... 9
- **Article 19 – Mainlevée d'une mesure de soins psychiatriques sur demande de tiers ou péril imminent.** ..... 9
- **Article 20 – Mainlevée d'une mesure de soins psychiatrique sur décision du représentant de l'état.** ..... 10
- **Article 21 – Registre de la loi - soins sans consentement.** ..... 10

2.2.3 Modalités d'accueil spécifiques applicables à certains patients ..... 10

- **Article 22 – Les Mineurs** ..... 10
- **Article 23 – Les personnes détenues.** ..... 10

2.3 Conditions de séjour ..... 11

- **Article 24 – Inventaire des biens et effets personnels** ..... 11
- **Article 25 – Dépôt des objets de valeur** ..... 11
- **Article 26 – Soins somatiques.** ..... 11
- **Article 27 – Visites.** ..... 11
- **Article 28 – Restrictions particulières.** ..... 12
- **Article 29 – Désordres causés par un usager (patient, visiteur, entourage...)** ..... 12
- **Article 30 – Culte** ..... 12
- **Article 31 – Gestion du courrier.** ..... 12
- **Article 32 – Gestion du téléphone.** ..... 13
- **Article 33 – Hygiène et linge.** ..... 13

- **Article 34 – Repas et hygiène alimentaire** ..... 13
- **Article 35 – Plaintes et réclamations.** ..... 13

2.4 Sortie ..... 13

- **Article 36 – Questionnaire de satisfaction.** ..... 13

2.5 Dispositions en cas de décès ..... 14

- **Article 37 – Constat du décès.** ..... 14
- **Article 38 – Notification du décès.** ..... 14
- **Article 39 – Indices de mort violente ou suspecte.** ..... 14
- **Article 40 – Inventaire après décès.** ..... 14
- **Article 41 – Levée de corps.** ..... 14
- **Article 42 – Mesure de police sanitaire.** ..... 14

**Chapitre 3 : Dispositions générales relatives à la sécurité, qualité et gestion des risques** ..... 14

3.1 Système d'information et risques techniques ..... 14

- **Article 43 – Information relative au dossier médical.** ..... 14
- **Article 44 – Informations nominatives informatisées – Protection des données personnelles** ..... 15

3.2 Sécurité, qualité des soins et hygiène ..... 16

- **Article 45 – La démarche qualité et la gestion des risques.** ..... 16
- **Article 46 – La prise en charge de la douleur.** ..... 16

3.3 Sécurité au sein de l'établissement ..... 17

- **Article 47 – Obligations générales de sécurité.** ..... 17
- **Article 48 – Circulation et stationnement dans l'enceinte de l'établissement.** ..... 17
- **Article 49 – Rapports avec l'autorité judiciaire, les autorités de police ou gendarmerie.** ..... 18

## Dispositions préalables

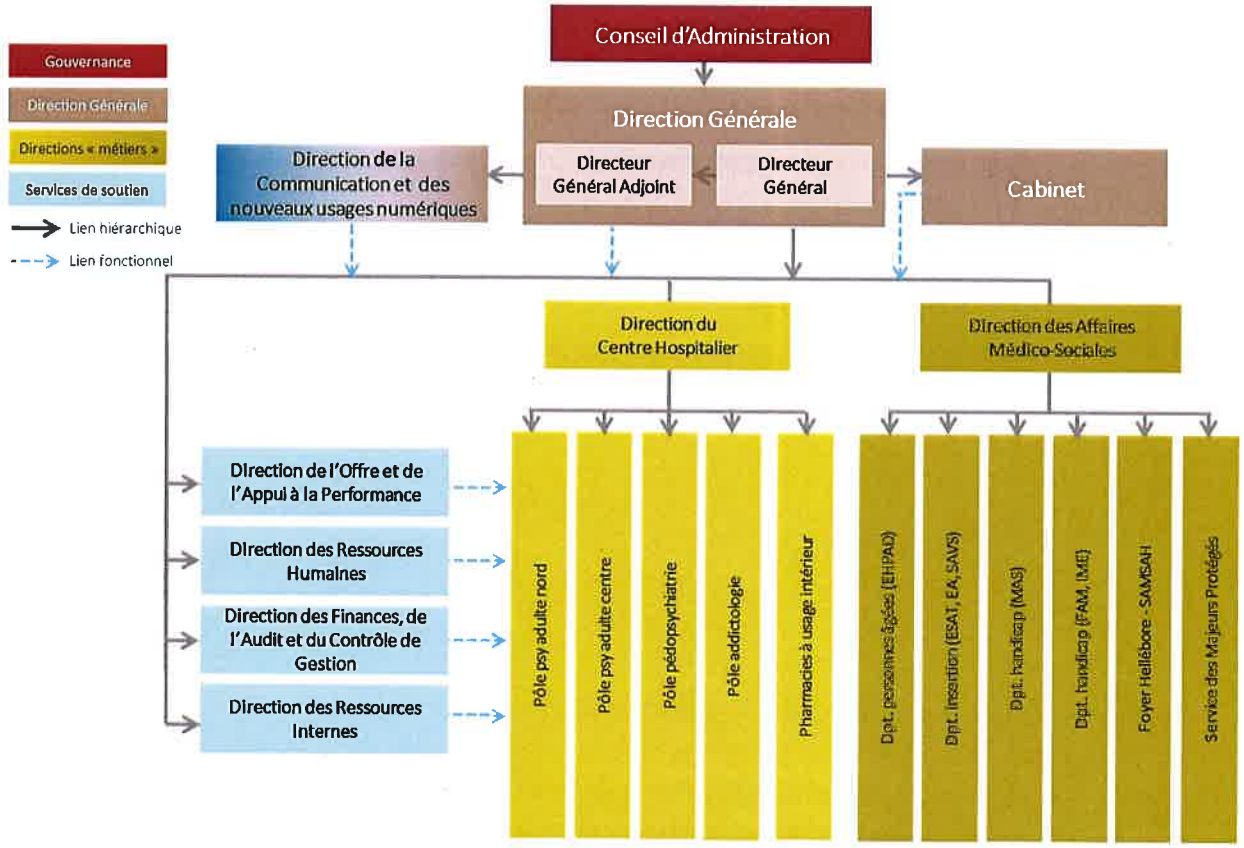
La Fondation Bon Sauveur de la Manche, créée par le Décret du 17 août 2016, est reconnue d'utilité publique et exerce une mission de service public.

Elle est administrée par un Conseil d'Administration composé de 15 membres avec voix délibératives en application de ses Statuts et est dirigée par un Directeur Général.

De nombreuses informations sur la Fondation Bon Sauveur de la Manche sont consultables sur le site internet : https://www.fbs50.fr/

La Fondation Bon Sauveur de la Manche gère des établissements sanitaires et médico-sociaux scindés en 2 directions :

- La Direction du Centre Hospitalier qui, en application du Décret n° 2016-1505 du 8 novembre 2016, est un établissement de santé assurant le service public hospitalier,
- La Direction des Affaires Médico-Sociales.




Le **présent règlement intérieur** s'appuie sur les dispositions légales et réglementaires concernant les établissements publics ou privés de santé spécialisés en psychiatrie.

Il est opposable à toute personne prise en charge par les professionnels de l'établissement de santé de la Fondation Bon Sauveur de la Manche quel que soit le type de prise en charge. Toutefois, les lois et règlements priment sur toute disposition du présent règlement interne qui leur deviendrait contraire.

Le règlement intérieur répond notamment à l'objectif d'informer les patients et leur entourage sur les principales règles de fonctionnement de l'établissement de santé.

Lors de leur admission, les usagers reçoivent le livret d'accueil et la charte de la personne hospitalisée.

Le règlement intérieur de l'établissement de santé est mis à disposition de toute personne qui en formule la demande dans les unités de soins, par le bureau de la **G**estion **A**dministrative des **U**sagers (GAU) ainsi que sur le site internet de la Fondation Bon Sauveur de la Manche.

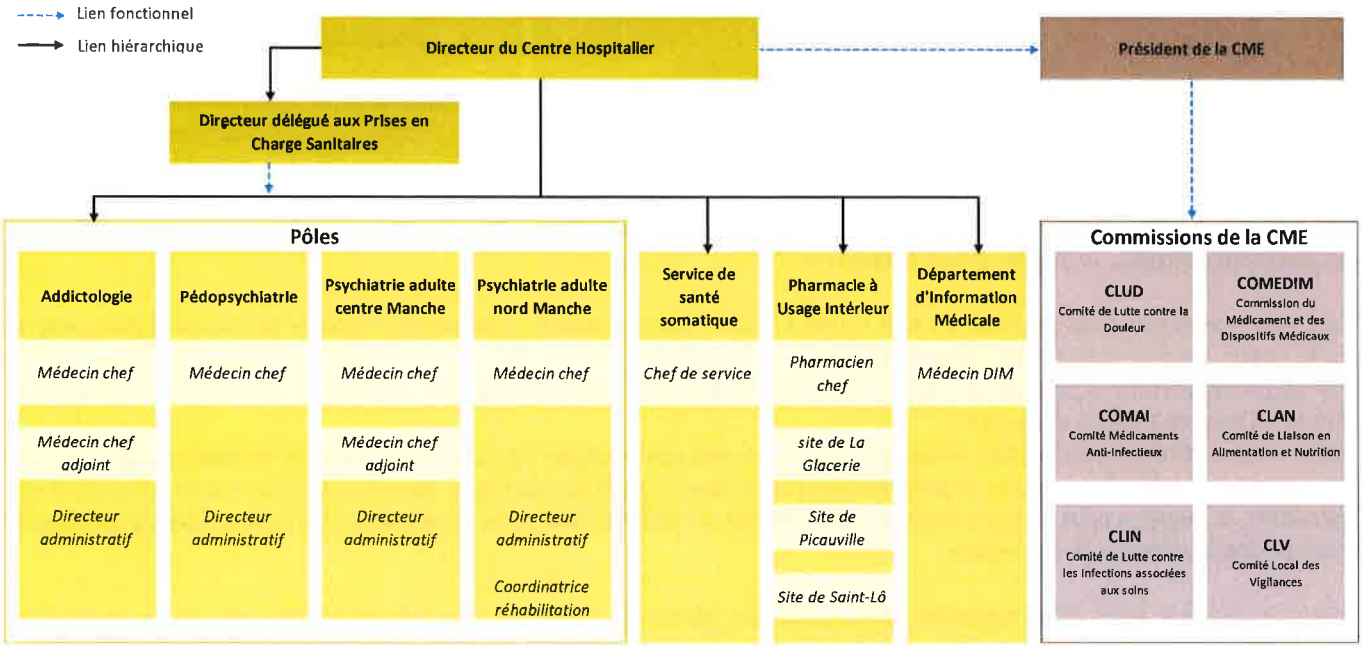
Il est également porté à la connaissance de tous les professionnels de l'établissement de santé de la Fondation Bon Sauveur de la Manche.

## Chapitre 1 : Organisation administrative et médicale de l'établissement de Santé

L'établissement est structuré en **Pôles.** Chaque Pôle est managé par un Médecin-Chef de Pôle, un Médecin-Chef-Adjoint et un Directeur Administratif de Pôle.

Les Médecins-Chefs de Pôle sont nommés par le Conseil d'Administration, sur proposition du Directeur Général de la Fondation Bon Sauveur de la Manche, en concertation avec le Directeur du Centre Hospitalier et le Président de la **C**ommission **M**édicale d'**É**tablissement.

La **C**ommission **M**édicale d'**É**tablissement assure la représentation de la « communauté médicale ». Elle est composée des Médecins-Chefs de Pôles, de représentants élus et des représentants des internes.
Elle contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.




La **C**ommission **D**es **U**sagers (CDU) veille au respect des droits des usagers et contribue à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge.

Site internet : https://www.fbs50.fr/patients-usagers/votre-prise-en-charge-en-psychiatrie/droits-et-recours/

## Chapitre 2 : Dispositions relatives aux patients

**Le règlement intérieur de l'établissement de santé souhaite faire vivre les droits des patients, tels que portés notamment par le Code de la santé publique, les dispositions de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la charte de la personne hospitalisée et la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.**

### 2.1 Droits fondamentaux

- **Article 1 – Le droit fondamental à la protection de la santé.**

*« Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ».*

- **Article 2 – Respect de la vie privée.**

Si *« Chacun a droit au respect de sa vie privée »,* il n'en demeure pas moins nécessaire pour les professionnels de santé, afin d'assurer la protection et la sécurité de la personne, de tenir compte de la capacité du patient à consentir, de son autonomie dans la prise de décision, de son degré de vulnérabilité, et ce notamment quand il s'agit du respect de la vie affective et sexuelle.

- **Article 3 – Libre choix.**

*« Toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence »*

- **Article 4 – Droit à l'information et consentement.**

*« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé (...) ».*
*« 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.*
*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 (...) ».*

*« 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 (...) sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information (...) ».*
*« 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 ».*
*« Si le mineur demande qu'aucune indication ne soit donnée aux titulaires de l'autorité parentale, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur doit se faire accompagner d'une personne majeure de son choix ».*

*« 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 ».*

L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie.

- **Article 5 – Confidentialité sur la présence des patients.**

Toute personne hospitalisée, y-compris majeure protégée, (à l'exception des mineurs soumis à l'autorité parentale et sous réserve des dispositions de l'article L.1111-5 du Code de la santé publique) peut demander à ce qu'aucune indication ne soit donnée sur sa présence dans l'établissement de santé ou sur son état de santé ». Cette demande de confidentialité, contrairement à une demande d'anonymat, ne concerne que la divulgation de l'identité à l'attention des tiers.

L'anonymat, en revanche, est une notion par laquelle l'identité d'une personne n'est pas connue y compris par les professionnels de santé. Les situations où l'anonymat est juridiquement possible sont :

- les dons de gamètes ou d'organes,
- les consultations anonymes pour la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles,
- la lutte contre le dopage,
- les consultations réalisées dans les Centres d'Accueil et d'Accompagnement des Risques pour Usagers de Drogue,
- les accouchements sous X,
- les hospitalisations pour les toxicomanes en cas d'admission volontaire.

En dehors de ces cas, il n'est pas prévu juridiquement de prononcer des admissions ou des consultations sous couvert d'anonymat, à l'exception de la personne inconsciente ne portant aucun document permettant son identification.

- **Article 6 – Droits et libertés des personnes en soins psychiatriques libres, consentement aux soins.**

Toute personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en **hospitalisation libre.**

L'admission en soins psychiatriques libres est le régime habituel d'hospitalisation lorsqu'elle est compatible avec l'état de santé du patient.

Le patient dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause.

Parmi ces droits, **la liberté d'aller et venir librement à l'intérieur de l'établissement** où les personnes sont hospitalisées ne peut être remise en cause pour les personnes en hospitalisation libre.

## 2.2 Entrée – Accueil

### 2.2.1 Modalités d'accueil

- **Article 7 – Accueil.**

L'accueil des patients et des accompagnants est assuré par les professionnels de l'établissement.

Les patients doivent être informés par des moyens adéquats du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins.

Dès son arrivée dans l'établissement, ou en tout état de cause dès que son état le permet, le patient reçoit le livret d'accueil, dans lequel est disponible la charte de la personne hospitalisée.

Toute personne est tenue au sein de l'établissement de santé au respect du principe de neutralité du service public dans ses actes comme dans ses paroles. Les réunions publiques de quelque nature qu'elles soient, sont interdites au sein de l'établissement de santé, sauf autorisation expresse de la Direction.

La dissimulation du visage dans l'espace public est interdite depuis le 11 avril 2010. Sauf consigne sanitaire exceptionnelle, il s'agit d'une infraction pénale constituée dès lors qu'une personne se trouvant dans l'espace public porte une tenue destinée à dissimuler son visage.

- **Article 8 – Personne de confiance.**

« *Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin* ». Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit **et co-signée par la personne désignée**. Elle est **révisable et révocable** à tout moment.

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

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

Dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant s'assure que celui-ci est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle (...), elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du Juge des contentieux et de la protection ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le Juge des contentieux et de la protection peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

Ces dispositions concernent toutes les personnes majeures, y compris les majeurs protégés.

**La désignation d'une personne de confiance est un droit** et non une obligation.

- **Article 9 – Personne à prévenir**

La notion de personne à prévenir est bien distincte de celle de personne de confiance bien qu'une même personne puisse être à la fois la personne à prévenir et la personne de confiance. La personne à prévenir sera contactée par l'équipe médicale et soignante en cas d'événement(s) particulier(s) au cours du séjour d'ordre organisationnel ou administratif. La personne à prévenir n'a pas accès aux informations médicales et ne participe pas aux décisions médicales.

Dans chaque service, les médecins reçoivent les familles des patients, après accord de ces derniers, soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à leur connaissance.

- **Article 10 – Directives anticipées.**

Toute personne **majeure** peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite, appelé **«directives anticipées»** afin de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi l'hypothèse où elle ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté.

Elles sont révisables et révocables à tout moment.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, l'autorisation du juge, ou le cas échéant du conseil de famille, est nécessaire.

Les directives anticipées expriment, par avance, la volonté de refuser ou de poursuivre, de limiter ou d'arrêter des traitements, y compris le maintien artificiel en vie, ou de bénéficier d'une sédation profonde et continue.
Les directives anticipées sont valables sans limite de temps et peuvent être modifiées ou annulées à tout moment, en totalité ou en partie.

- **Article 11 – Relations entre l'établissement de santé et les médecins traitants.**

A la fin du séjour hospitalier, **une lettre de liaison,** accompagnée de toute pièce jugée nécessaire à la continuité des soins, est remise au patient et adressée avec l'accord du patient, au médecin traitant ou au praticien que le patient ou son représentant légal aura désigné et, le cas échéant au praticien qui a adressé le patient. Les documents non disponibles au moment de la sortie sont communiqués à ces mêmes personnes et selon les mêmes modalités dans un délai maximum de huit jours suivant la sortie. Des doubles de ces documents sont conservés dans le dossier du patient.

- **Article 12 – Refus de soins.**

Tout patient admis en hospitalisation libre et qui refuse de rester dans l'établissement doit signer une attestation traduisant expressément ce refus, à défaut un procès-verbal de refus est dressé.

- **Article 13 – Prise en charge des frais d'hospitalisation.**

Dès leur admission, les patients doivent fournir tous documents nécessaires à l'obtention par l'établissement de la prise en charge des frais d'hospitalisation (prix de journée et forfait hospitalier) par l'organisme de sécurité sociale dont ils relèvent et/ou éventuellement par une mutuelle ou une assurance complémentaire ou le cas échéant à leur charge.

La carte vitale et l'attestation de complémentaire maladie devront être fournies par le patient.

Les étrangers ressortissants d'un état membre de l'Union Européenne bénéficient des mêmes droits que les assurés sociaux français, sous réserve qu'ils justifient de leurs droits dans leur pays d'origine.

Les autres patients étrangers devront présenter les documents de séjour exigés par la loi et ceux attestant d'une assurance ou couverture sociale dans leur pays d'origine.

Pour les étrangers en situation irrégulière, une demande d'Aide Médicale d'État (AME) sera effectuée pour que ceux-ci reçoivent les soins appropriés (sous condition de résidence et d'absence de ressources).

La Couverture Maladie Universelle (CMU) garantit à toute personne de nationalité française, ou résidant régulièrement en France depuis plus de trois mois, la prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie et une couverture complémentaire gratuite pour les plus démunis. Les hôpitaux apportent leur concours aux intéressés pour constituer et transmettre leur demande d'affiliation à l'organisme d'assurance maladie de leur lieu de résidence.

Les bénéficiaires de l'article L212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre sont tenus de laisser leur carnet de soins gratuit à la disposition de l'administration de l'établissement pendant la durée de leur hospitalisation.

- **Article 14 – Majeurs protégés.**

Les biens des majeurs protégés, hospitalisés dans l'établissement, sont administrés dans les conditions prévues par la loi n°2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs, modifiée par la loi n°2009-526 du 12 mai 2009 et la loi n°2019-222 du 23 mars 2019.

L'établissement dispose de mandataires judiciaires à la protection des majeurs agréés selon la liste préfectorale.

- **Article 15 - Registre dématérialisé des entrées et sorties de tous les patients.**

L'établissement est tenu de mentionner les entrées et sorties de tous les patients.

### 2.2.2 Modalités d'accueil spécifiques applicables aux personnes en SOINS SANS CONSENTEMENT

- **Article 16 – Droits et libertés des personnes en soins psychiatriques sans consentement.**

Lorsque les troubles mentaux du patient empêchent de recueillir son consentement aux soins, son admission peut être prononcée dans le cadre :

- de Soins Psychiatriques sur Décision du Directeur (SDDE) qui se déclinent en Soins à la Demande d'un Tiers (S.D.T.), Soins à la Demande d'un Tiers en Procédure d'Urgence (S.D.T.U.) et Péril Imminent (PI).
- de Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat (SPDRE).

Les soins psychiatriques sans consentement constituent l'exception et sont strictement encadrés par la loi car ils portent atteintes aux libertés individuelles. Les soins sans consentement doivent être adaptés, nécessaires et proportionnés à l'état de santé mentale de la personne ainsi qu'à la mise en œuvre du traitement requis. Le juge des libertés en fait un contrôle systématique rigoureux.

En tout état de cause, le patient dispose du droit de :

1° Communiquer avec les autorités : Représentant de l'État dans le département, Président du Tribunal Judiciaire, Procureur de la République ;
2° Saisir la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP) ;
3° Porter à la connaissance du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;
4° Prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;
5° Emettre ou recevoir des courriers ;
6° Consulter le règlement intérieur, le livret d'accueil et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;
7° Exercer son droit de vote ;
8° Se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Ces droits, à l'exception de ceux mentionnés aux 5°, 7° et 8°, peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade.

- **Article 17 – Programme de soins.**

Un « programme de soins » peut être proposé à l'issue de l'hospitalisation complète sans consentement, qui prévoit les modalités de suivi ambulatoire dans un cadre formalisé. En cas de non-respect et selon les risques cliniques encourus par la personne, une réintégration en hospitalisation complète est possible, sur certificat médical.

- **Article 18 – Mainlevée sur décision du Juge des Libertés et de la Détention.**

Le Juge des Libertés et de la Détention peut décider de la mainlevée d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement à l'issue d'une audience systématique ou d'une audience à la demande du patient.

En cas d'appel d'une mesure de maintien de l'hospitalisation complète sans consentement, le magistrat de la Cour d'Appel peut également être amené à lever une mesure de soins psychiatriques sans consentement.

- **Article 19 – Mainlevée d'une mesure de soins psychiatriques sur demande de tiers ou péril imminent.**

La sortie du patient est prononcée par le Directeur sur demande du médecin psychiatre, mais elle peut également être demandée par un membre de la famille ou par une personne de l'entourage dans les conditions prévues par la loi. La sortie peut aussi être prononcée par l'autorité judiciaire.

- **Article 20 – Mainlevée d'une mesure de soins psychiatrique sur décision du représentant de l'état.**

La sortie du patient relève de la compétence du Préfet, sur demande du médecin psychiatre ; elle peut également être prononcée par l'autorité judiciaire.

- **Article 21 – Registre de la loi - soins sans consentement.**

L'établissement de santé tient un registre sur lequel sont transcrits dans les 24 heures :
- Les nom, prénom, profession, âge et domicile des personnes hospitalisées,
- la date de l'admission,
- le cas échéant, le nom, prénom, profession et domicile du tiers qui a demandé l'admission,
- le cas échéant, la mention de la décision de mise sous mesure de protection juridique,
- les certificats médicaux joints à la demande d'admission, ainsi que la décision d'admission du Directeur de l'établissement précisant les droits et voies de recours,
- les avis et certificats que le Directeur doit adresser aux autorités administratives,
- les dates, durées et modalités des sorties en programme de soins,
- les dates et décisions rendues par le Juge des Libertés et de la Détention,
- les levées de mesure,
- les décès.

### 2.2.3 Modalités d'accueil spécifiques applicables à certains patients

- **Article 22 – Les Mineurs.**

Sauf cas d'urgence, l'accueil d'un mineur est prononcé à la demande des personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, du conseil de famille, ou du tuteur légal avec l'autorisation du Juge des contentieux et de la protection. Le Juge des affaires familiales statue en cas de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale.

L'autoritaire judiciaire peut confier un mineur à un établissement recevant des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux. Une **O**rdonnance de **P**lacement **P**rovisoire (OPP) est ordonnée après avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement, pour une durée ne pouvant excéder quinze jours. La mesure peut être renouvelée, après avis médical conforme d'un psychiatre de l'établissement d'accueil, pour une durée d'un mois renouvelable.

Les mineurs sont accueillis le plus souvent en hospitalisation libre, l'hospitalisation sans consentement, sur décision du représentant de l'État devant rester une exception, ainsi que les admissions au titre de l'article D-398 du Code de procédure pénale.

**A**ide **S**ociale à l'**E**nfance (ASE) : lorsque le mineur relève d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance, le médecin référent adresse dans les 48 heures, un certificat confidentiel au service départemental chargé de l'Aide Sociale à l'Enfance concerné.

Les titulaires de l'autorité parentale ou tuteur doivent être informés par le médecin du traitement envisagé, pour lequel une autorisation écrite est demandée. Une modification importante de ce traitement ne peut avoir lieu que si les titulaires de l'autorité parentale ou tuteur en sont informés et l'ont acceptée.

Le consentement du mineur doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

En cas d'opposition ou si le consentement du représentant légal du mineur ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucun traitement hors cas d'urgence.

Le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, ou si cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé.

- **Article 23 – Les personnes détenues.**

Les personnes détenues peuvent être hospitalisées sous le régime des Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat (Préfet).

L'établissement de santé est tenu d'accueillir toute personne, écrouée dans un établissement pénitentiaire, dont l'état de santé relève de l'article D-398 ou 706-135 du Code de procédure pénale.

L'établissement appelé à recevoir cette personne doit rester en relation étroite avec l'établissement pénitentiaire où elle est écrouée et veiller à ce que lui soient appliquées les voies de recours et les mesures d'individualisation de peine dont elle serait susceptible de bénéficier.

Les mesures restrictives auxquelles cette personne serait soumise dans l'établissement pénitentiaire sont également maintenues, notamment les dispositions du Code de procédure pénale relatives aux visites et à la correspondance.

Les personnes, sous-main de justice, peuvent également être accueillies en soins libres sur décision de justice.

### 2.3 Conditions de séjour

- **Article 24 – Inventaire des biens et effets personnels.**

Lors du séjour hospitalier, un inventaire des effets des patients doit être réalisé afin d'éviter l'introduction d'objets ou de substances pouvant se révéler dangereux pour les patients et les personnes qui les côtoient. L'inventaire est écrit et contradictoire.

Toute modification de l'inventaire durant le séjour doit être signalée par le patient au service et tracée sur ce même inventaire.

- **Article 25 – Dépôt des objets de valeur.**

En cas d'admission programmée, il est vivement conseillé de ne pas apporter d'objets de valeur (moyens de paiement, bijoux, livrets d'épargne...). Néanmoins, le patient a la possibilité de déposer ses objets de valeur afin de les protéger contre les risques de vol, perte ou détérioration. Ces objets dits de valeur sont déposés dans un coffre.

L'établissement ne peut être tenu responsable de la perte, du vol ou de la détérioration d'objets qui n'ont pas été déposés.

Lorsque le patient dépose ses biens, les professionnels de l'établissement lui font signer un reçu et le conservent dans son dossier. En cas de refus de dépôt, le patient signera une décharge de responsabilité, également conservée au dossier.

Si le patient n'est pas en mesure de procéder à ce dépôt, un proche ou, à défaut, un autre professionnel de l'établissement contresigne le document.

Le dépôt ne peut avoir pour objet que des choses mobilières dont la nature justifie la détention par le patient admis durant son hospitalisation.

Les dépôts sont restitués dans leur intégralité au patient ou au représentant légal sur justification de son identité et de sa qualité, lors de la sortie définitive.

Toutefois, afin de permettre de disposer d'une partie des moyens de paiement qui ont été déposés, il est possible de retirer l'ensemble et de redéposer les sommes ou objets dits de valeur souhaités à tout moment pendant les heures ouvrées ou de façon exceptionnelle en dehors de ces créneaux horaires.

Si le patient vient avec son véhicule personnel, il doit le signaler lors de son accueil dans l'unité. Pendant l'hospitalisation, l'utilisation de son véhicule est soumise à une autorisation médicale.

Ces mesures ne concernent pas les personnes accueillies en consultation externe.

- **Article 26 – Soins somatiques.**

Les patients accueillis dans une unité d'hospitalisation à temps complet reçoivent les soins somatiques requis par leur état de santé.

Pour les soins ne pouvant être réalisés au sein de l'établissement de santé, des consultations peuvent être organisées au sein d'un autre établissement de santé.

- **Article 27 – Visites.**

Les visites sont autorisées tous les jours selon des horaires définis par l'équipe soignante, l'encadrement et le médecin référent. Les horaires sont portés à la connaissance des patients par voie d'affichage.

Les visites des enfants mineurs doivent être organisées en partenariat avec l'équipe soignante.

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients ni gêner le fonctionnement des services. Ils sont priés de se présenter à l'équipe soignante lors de leur arrivée.
Toutefois sur décision du responsable médical concerné, les visites peuvent être limitées, voire interdites.

- **Article 28 – Restrictions particulières.**

La vie en collectivité nécessite le respect de certaines règles. Le comportement ou les propos des patients ne doivent pas être une gêne pour les autres patients ou pour le fonctionnement du service.

Lorsqu'un patient, dûment averti, cause des désordres persistants, la Direction ou son représentant prend, avec l'accord du médecin responsable, toutes les mesures appropriées pouvant aller, éventuellement, jusqu'à l'exclusion de l'intéressé.

- **Animaux :** par mesure d'hygiène, la présence des animaux dans les locaux est interdite hormis le cas particulier des chiens guides d'aveugles et les animaux intégrés dans un protocole thérapeutique. Seuls les animaux tenus en laisse sont acceptés dans les cheminements ouverts à tous.
- **Photos / images / vidéo :** tout mésusage au regard du cadre légal du droit à l'image, exposera la responsabilité personnelle de la personne auteur d'un acte ayant porté préjudice à l'image d'un tiers.
- **Appareils électriques :** pour des raisons de sécurité, il est interdit d'installer un appareil électrique (téléviseur, radio...) dans les chambres sans accord préalable du cadre de l'unité. Des salles de télévision sont à la disposition des patients dans chaque unité d'hospitalisation.
- **Tabac :** il est demandé aux patients et à leurs proches de respecter la législation relative au tabac et au vapotage, applicable aux lieux publics et notamment de ne pas fumer ni vapoter dans les unités de soins, et d'une manière générale dans l'établissement de santé (lieux de travail fermés et couverts à usage collectif). Cette interdiction est également applicable aux chambres des personnes hospitalisées.
- **Médicaments :** l'introduction de médicaments, sans autorisation médicale, au sein de l'établissement de santé est rigoureusement interdite. Ils sont prescrits par les médecins et administrés par les infirmiers.
- **Stupéfiants / alcool / drogue :** tous les **produits illicites** (stupéfiants, amphétamines...), les **produits alcooliques** (quel que soit le degré d'alcool) sont interdits, aussi bien en ce qui concerne leur introduction que leur consommation, au sein de l'établissement.
  **Sanctions encourues en cas de découverte et de saisie de produits illicites par l'établissement :** les produits saisis sont remis aux forces de l'ordre dans le respect des procédures réglementaires ; les sanctions à l'encontre du patient peuvent aller de l'avertissement à l'exclusion de l'établissement ou donner lieu à information des parents si le patient est mineur.
- **Trafics autres :** les jeux d'argent, le commerce de toute nature, la mendicité et les échanges d'objets divers sont interdits dans les unités d'hospitalisation et dans toute l'enceinte de l'établissement.
- **Armes :** il est strictement interdit de posséder des armes, munitions et autres objets prohibés au sein de l'établissement. Leur détention et usage sont punissables par la loi (article 132-75 du Code pénal et article L311-2 du Code de la sécurité intérieure). Le cas échéant, ils seront récupérés directement par l'encadrement et remis aux forces de l'ordre, conformément aux procédures réglementaires en vigueur.

- **Article 29 – Désordres causés par un usager (patient, visiteur, entourage...).**

Conformément aux articles 433-3 et 222-8 du Code pénal, les menaces verbales et agressions physiques à l'encontre des patients ou des professionnels constituent des délits, et pourront faire l'objet de poursuites.

- **Article 30 – Culte.**

Les patients sont libres de participer à l'exercice de leur culte, dans le respect des règles du service. Ils reçoivent, sur demande de leur part, la visite du Ministre du culte de leur choix dans les meilleurs délais, sauf décision médicale contraire.

Ce droit s'exerce dans le respect de la liberté des autres. Tout prosélytisme est interdit.

- **Article 31 – Gestion du courrier.**

Sauf cas particuliers, le courrier est distribué du lundi au vendredi et peut être expédié par le biais de l'unité s'il est affranchi.

- **Article 32 – Gestion du téléphone.**

L'utilisation des téléphones portables (tant des patients, que des visiteurs) peut être restreinte à l'intérieur et à proximité immédiate des locaux de vie et des espaces communs. Les téléphones peuvent être utilisés sous la responsabilité des personnes hospitalisées, pour leur fonction téléphone et à l'exclusion de toute fonction permettant de capter une image et/ou d'enregistrer un son.

Au regard de l'état de santé du patient, l'usage du téléphone peut être restreint voire provisoirement interdit sur prescription médicale. Le patient en sera alors informé.

- **Article 33 – Hygiène et linge.**

Pour des raisons d'hygiène hospitalière et de sécurité alimentaire, le stockage de denrées alimentaires périssables dans les chambres n'est pas autorisé.

L'établissement fournit et entretient le linge hôtelier pendant le séjour. Il est demandé d'apporter ou de faire apporter du linge personnel. Les nécessaires de toilette ne sont pas fournis par l'établissement de santé.

- **Article 34 – Repas et hygiène alimentaire.**

Les repas sont servis, sauf cas particulier, dans la salle à manger de l'unité de soins.

Les horaires des repas et les menus sont affichés dans chaque unité.

Des diététiciennes veillent à l'élaboration des menus, régimes et repas spéciaux.

- **Article 35 – Plaintes et réclamations.**

Toute personne peut faire part des difficultés qu'elle rencontre ou de ses griefs aux professionnels de santé (encadrement, paramédicaux, médecins).

Elle peut également s'adresser à la Direction et/ou à la **C**ommission **D**es **U**sagers de l'établissement, en vue d'obtenir une réponse ou une argumentation à son questionnement. Faute de conciliation, il pourra lui être proposé un échange avec le médiateur médical ou non-médical de la **C**ommission **D**es **U**sagers.

## 2.4 Sortie

La décision de sortie dépend de l'état de santé du patient et s'établit selon des règles différentes en fonction du mode d'hospitalisation.

En dehors des situations de sortie contre avis médical ou refus de soins, la date de sortie est fixée par le médecin du service.

Si le patient demande une sortie contre l'avis du médecin, il devra signer une attestation déchargeant l'établissement de santé de toute responsabilité quant aux suites de sa décision.

Sous réserve d'éventuelles décisions de l'autorité judiciaire, les mineurs ne peuvent être, pour les sorties, confiés qu'à leur père, mère, tuteur et aux tierces personnes expressément désignées par ceux-ci.

Sous réserve d'éventuelles décisions judiciaires, les pères, mères, tuteurs ou personnes expressément autorisées par ceux-ci sont informés de la sortie prochaine du mineur.

En cas de sortie d'un mineur sans autorisation et à l'insu des professionnels soignants, l'établissement préviendra la famille et le service de police ou de gendarmerie territorialement compétent.

Lorsqu'un patient est médicalement sortant mais qu'il refuse de libérer son lit, la Direction peut prendre la décision de lui facturer directement le prix de journée.

- **Article 36 – Questionnaire de satisfaction.**

Tout patient reçoit avant sa sortie un questionnaire, destiné à recueillir ses appréciations et ses observations, qu'il est libre de remplir ou non. Les questionnaires font l'objet d'une exploitation permettant de proposer des actions d'amélioration. Celle-ci est présentée annuellement en **C**ommission **D**es **U**sagers.

### 2.5 Dispositions en cas de décès

- **Article 37 – Constat du décès.**

Le décès est constaté par un médecin qui établit un certificat de décès comportant trois exemplaires. Les deux premiers sont remis au prestataire de pompes funèbres, le troisième est remis au bureau de la Gestion Administrative des Usagers qui effectue la déclaration de décès.

Conformément au Code civil, les décès sont inscrits sur un registre des décès.

- **Article 38 – Notification du décès.**

La famille et les proches doivent être prévenus dès que possible, par tous moyens appropriés du décès du patient.

Les proches doivent être informés que l'établissement ne dispose pas de chambre mortuaire et qu'il leur appartient d'organiser les funérailles.

- **Article 39 – Indices de mort violente ou suspecte.**

Dans les cas de signes ou d'indices de mort suspecte ou violente dans l'enceinte hospitalière, la Direction prévenue par le médecin concerné, avise l'autorité judiciaire, et décline l'application du protocole interne.

- **Article 40 – Inventaire après décès.**

Les sommes d'argent, valeurs, moyens de règlement et objets de valeur appartenant au défunt sont remis à l'office notarial identifié par l'établissement, qui restituera ces dépôts aux héritiers sur justification de leurs droits.

Les autres objets d'usage courant sont remis aux familles par le service de soins, sauf conflit connu au sein de la famille.

- **Article 41 – Levée de corps.**

En l'absence de proches ou s'ils n'ont pas pu être contactés, l'admission en chambre funéraire est demandée par la Direction ou son représentant, qui atteste qu'il ne lui a pas été possible de joindre ou de retrouver dans un délai de 10 heures à compter du décès l'une des personnes ayant qualité pour organiser les funérailles.

A l'issue du délai de 10 heures, le médecin renseigne le document à quatre volets « Admission en Chambre Funéraire » et contacte la Direction afin qu'elle signe la demande écrite d'admission en chambre funéraire.

Il sera fait appel aux Pompes Funèbres les plus proches de l'établissement.

- **Article 42 – Mesure de police sanitaire.**

L'autorisation de transport d'un corps avant mise en bière peut être refusée (mention sur le certificat de décès et la demande de transport à résidence avant mise en bière) par le médecin ou son représentant, notamment si le défunt était atteint, au moment du décès, de certaines maladies.

## Chapitre 3 : Dispositions générales relatives à la sécurité, qualité et gestion des risques

Sauf précision, ce chapitre s'applique à l'ensemble des usagers de l'établissement de santé, patients et visiteurs et à l'ensemble des professionnels de l'établissement. Il s'applique aussi à tout travailleur extérieur ayant à intervenir sur les sites de la Fondation Bon Sauveur de la Manche.

### 3.1 Système d'information et risques techniques

- **Article 43 – Information relative au dossier médical.**

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenu par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisés 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 œuvre, 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 de tels tiers.

Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la **C**ommission **D**épartementale des **S**oins **P**sychiatriques (CDSP) est saisie.

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

La consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risque d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la CDSP est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L1111-5 du Code de la santé publique, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. À la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues par le dernier alinéa du V de l'article L1110-4 du Code de la santé publique.

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

La demande de communication se fait par écrit en adressant un courrier au Directeur Général de la Fondation Bon Sauveur de la Manche, 65 rue de Baltimore 50000 à St Lô. Le destinataire de la demande vérifie la qualité du demandeur, à savoir son identité et sa qualité de bénéficiaire d'un droit d'accès au dossier.

- **Article 44 – Informations nominatives informatisées – Protection des données personnelles.**

Toutes les mesures sont prises pour préserver la confidentialité des informations.

La Fondation Bon Sauveur de la Manche est soucieuse de la confidentialité et de la sécurité des données, conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 adaptée par la loi du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles.

Les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives doivent être informées :

- du caractère obligatoire ou facultatif des réponses,
- des conséquences à leur égard d'un défaut de réponse,
- des personnes physiques ou morales destinataires des informations,
- de l'existence d'un droit d'accès et de rectification.

Le **D**épartement d'**I**nformation **M**édicale (DIM), dont le responsable est un médecin de l'établissement, est chargé du recueil et du traitement des données nécessaires à l'analyse de l'activité médicale.

Les données sont conservées dans le respect de la législation en vigueur, conformément à la loi du 04 mars 2002. Les informations recueillies concernant les patients selon l'article R1112-2 du Code de la santé publique ont pour finalité d'assurer le bon déroulement de leur prise en charge (gestion des dossiers patients afin d'assurer la continuité, la sécurité et la coordination des soins, gestion administrative du dossier, facturation, répondre aux obligations légales comme le **R**ecueil d'**I**nformation **M**édicalisée en **P**sychiatrie - RIMP).

Les données font l'objet d'un enregistrement informatique et restent dans l'enceinte de la Fondation Bon Sauveur de la Manche. Elles ne peuvent être communiquées que dans la stricte application de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et ne peuvent être partagées ou échangées que dans la stricte application de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 (entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social ainsi qu'au sein d'une équipe de soins). Elles ne peuvent en outre être transmises qu'aux organismes habilités dans le cadre du respect d'une obligation légale, ou dans certains cas avec le consentement des patients lorsque la loi l'exige.

Les patients disposent d'un droit d'accès aux informations les concernant, afin d'en vérifier l'exactitude et le cas échéant d'en demander la rectification, la portabilité ou la suppression. Ils disposent également d'un droit à la limitation de leur traitement ou d'opposition, sous réserve d'une raison légitime. Pour exercer ce droit, ils peuvent adresser leur demande au Directeur Général de la Fondation Bon Sauveur de la Manche, 65 rue de Baltimore 50008 SAINT-LO Cedex, en justifiant de leur identité.

A noter que selon la réglementation (article R1112-7 du CSP) les données de santé seront conservées au moins 20 ans après le dernier séjour dans l'établissement ou de la dernière consultation externe en son sein ; elles ne pourront pas être supprimées avant le 28ème anniversaire ; leur destruction est soumise au visa des archives départementales. Le dossier d'un patient décédé depuis 25 ans est communicable de plein droit à toute personne qui en fait la demande (loi du 15 juillet 2008). Le dossier ayant le statut d'archives publiques.

Les patients ont également la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle : la **C**ommission **N**ationale de l'**I**nformatique et des **L**ibertés (CNIL).

Pour toute question, ils peuvent contacter le délégué à la protection des données à l'adresse mail : donneespersonnelles@fbs50.fr

### 3.2 Sécurité, qualité des soins et hygiène

- **Article 45 – La démarche qualité et la gestion des risques.**

La démarche d'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins représente un axe transversal important du projet d'établissement. La recherche de la qualité, globale, concerne tous les secteurs d'activité.

La procédure de certification, procédure d'évaluation externe menée par la **H**aute **A**utorité de **S**anté (HAS), constitue un temps fort de la démarche permanente de recherche de la qualité.

Son objectif principal est d'évaluer la dynamique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins portée par l'établissement et les modalités de sa mise en œuvre.

La gestion des risques vise à identifier les risques qui pèsent sur l'établissement au niveau du patient, des infrastructures, de l'environnement, des professionnels, des visiteurs, à les évaluer afin de définir et mettre en œuvre les mesures adéquates de prévention ou de protection.

L'établissement dispose de diverses sources d'information concernant les risques : les fiches d'événements indésirables, les réclamations et plaintes des patients, les audits internes, les rapports des bureaux de contrôle ou des inspections sur la sécurité.

Ces démarches *a posteriori* sont complétées par une analyse des risques a priori, concernant l'organisation du parcours patient dans chaque pôle d'activité.

Le décret n°2017-415 du 27 mars 2017 relatif aux modalités d'information de la **C**ommission **D**es **U**sagers sur les **E**vènements **I**ndésirables **G**raves associés aux **S**oins (EIGS) précise les conditions dans lesquelles la **C**ommission **D**es **U**sagers est informée des événements indésirables graves associés aux soins, dans le respect de l'anonymat des patients et des professionnels de santé, ainsi que des actions correctives mises en place par l'établissement pour y remédier.

Un **C**omité de **L**utte contre les **I**nfections **N**osocomiales (CLIN) existe et travaille en collaboration étroite avec l'**E**quipe **O**pérationnelle d'**H**ygiène (EOH). Il a pour mission d'organiser, planifier, animer et évaluer la lutte contre les infections nosocomiales, infections acquises au cours du séjour dans l'établissement. Il définit pour cela un programme d'action.

Chaque année, le programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins est actualisé en fonction des résultats de différentes évaluations (satisfaction des patients, signalement d'événements indésirables, plaintes et réclamations, contrôles externes...). Il est validé par la **C**ommission Médicale d'**E**tablissement et présenté aux différentes instances de l'établissement, et notamment en **C**ommission **D**es **U**sagers.

- **Article 46 – La prise en charge de la douleur.**

Le soulagement de la douleur des patients est une préoccupation constante de tous les professionnels. La politique de l'établissement en matière de lutte contre la douleur se décline à travers des plans d'action intégrant notamment la formation continue des professionnels, la formalisation des pratiques, le déploiement d'outils ainsi que l'évaluation de la prise en charge de la douleur.

Un **C**omité de **LU**tte contre la **D**ouleur (CLUD) constitué de professionnels médicaux et paramédicaux est à la disposition des équipes et des patients.

### 3.3 Sécurité au sein de l'établissement

La sécurité de l'établissement est assurée par un service de sécurité polyvalent (sécurité incendie et sécurité des biens et des personnes).

- **Article 47 – Obligations générales de sécurité.**

Les règles de sécurité ont pour but de limiter les risques, accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que l'établissement de santé assure à ses usagers. Elles visent également à protéger les professionnels et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement.

En tant que responsable de la conduite générale de l'établissement de santé, le Directeur Général édicte ces règles, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service, dans le respect des lois, des règlements et des principes généraux du droit.

Il coordonne la politique générale de sécurité et veille à sa mise en œuvre. Il procède notamment à tous les contrôles et toutes les formalités obligatoires en matière de sécurité incendie et d'accessibilité aux personnes en situation de handicap.

Quelle que soit la raison de sa présence au sein de l'établissement de santé, toute personne y ayant pénétré doit se conformer aux règles de sécurité, dans l'intérêt général. Elle doit respecter les indications qui lui sont données et, le cas échéant, obéir aux injonctions des professionnels habilités.

L'accès dans l'enceinte de l'établissement de santé est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs et à ceux qui y sont appelés en raison de leurs fonctions. Les conditions matérielles de l'accès de ces diverses catégories de personnes sont organisées par la Direction qui, le cas échéant, peut prendre, dans l'intérêt général, les mesures restrictives qui lui paraissent nécessaires.

Les règles d'accès aux bâtiments pour les patients et les visiteurs sont définies par les différents services. En cas de situation particulière, ces règles peuvent être modifiées sans préavis.

L'accès aux locaux (hors accueil, cafétéria et lieux d'événements) de toute personne n'appartenant pas à l'une de ces catégories est subordonné à l'autorisation de la Direction, qui veille aussi à ce que les tiers dont le comportement ne respecte pas le présent règlement intérieur (à l'origine de troubles par exemple) soient signalés au service sécurité, invités à quitter les lieux et, au besoin, reconduits à la sortie de l'établissement de santé.

De même, pour des raisons de sécurité, la Direction peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux. Ces limitations ou restrictions d'accès doivent être clairement affichées.

Tout professionnel de l'établissement participe, dans la limite de ses moyens et de ses attributions, à la sécurité générale de l'établissement. En cas de problèmes de sécurité, tous les professionnels qui interviennent, exercent leurs fonctions dans le strict respect des procédures prises pour son application.

Suite à des mesures gouvernementales et d'urgence, la Direction peut prendre des mesures exceptionnelles de sécurité dans le but d'assurer la sûreté du site et les actions menées.

- **Article 48 – Circulation et stationnement dans l'enceinte de l'établissement.**

L'ensemble des voies de desserte et des emplacements de stationnement automobile situés dans l'enceinte de l'établissement de santé relève du domaine privé et est soumis à l'application du Code de la route. Ceci implique le strict respect de la signalisation routière, des marquages au sol et des règles de priorité.

La vitesse maximum autorisée dans l'enceinte de l'établissement de santé est de 20 km/h et la conduite doit être adaptée à la présence des patients et des personnes en situation de handicap, notamment par l'application de la règle de la priorité au piéton régulièrement engagé.

Conformément au plan de circulation de l'établissement de santé, le stationnement en dehors des emplacements prévus à cet effet est interdit. Une exception sera faite pour tous les véhicules d'urgence, des forces de l'ordre et de sécurité dans le cadre de leurs missions.

En situation de catastrophe ou lors du déclenchement de plans d'urgence (plan blanc, Vigipirate, grand froid, canicule...), la Direction prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission de service public de l'établissement de santé, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

- **Article 49 – Rapports avec l'autorité judiciaire, les autorités de police ou gendarmerie.**

Le Directeur Général, en sa qualité de représentant légal de l'établissement, a la responsabilité d'organiser les relations avec les forces de l'ordre.

Le Directeur Général ou son représentant décide s'il y a lieu de demander une intervention des forces de l'ordre au sein de l'établissement de santé ; la possibilité ou la nécessité de l'intervention sera appréciée par les forces de l'ordre.

Une convention dite « Convention santé – sécurité – justice » décline les modalités de fonctionnement entre l'établissement de santé, les services de police / gendarmerie et la justice.

Fait à Saint-Lô,

Le 13 avril 2021

**Aurélia MAGIDS**

Directrice du Centre Hospitalier

**Xavier BERTRAND**

Directeur Général

Fraternelle & Audacieuse

Solide & Agile

Accueillante & Innovante

FONDATION BON SAUVEUR DE LA MANCHE

audacieuse pour mieux servir