

REGLEMENT INTERIEUR

Etablissement Public de Santé
Mentale de Saône-et-Loire

PREAMBULE	7
CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GENERALES ET ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET MEDICALE DE L'EPSM 71	8
1.1. PRESENTATION DE L'EPSM 71	8
1.1.1. <i>L'établissement Public de Santé Mentale de Saône-et-Loire (EPSM 71)</i>	8
1.1.2. <i>Les missions de l'EPSM 71</i>	10
1.1.3. <i>Respect de l'identité visuelle de l'EPSM 71</i>	11
1.2. L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE	11
1.2.1. <i>La charte de gouvernance partagée</i>	11
1.2.2. <i>Les instances décisionnelles</i>	11
1.2.2.1. Le Conseil de Surveillance	11
1.2.2.2. Le Directoire	11
1.2.3. <i>Les instances consultatives</i>	12
1.2.3.1. La Commission Médicale d'Etablissement (CME)	12
1.2.3.2. Le Comité Social d'Etablissement (CSE)	12
1.2.3.3. La Formation Spécialisée en matière de Santé, de Sécurité et de Conditions de Travail (F3SCT).....	13
1.2.3.4. La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT).....	13
1.2.3.5. La Commission des Usagers (CDU).....	13
1.2.3.6. Le Conseil de la Vie Sociale (CVS).....	14
1.2.3.7. Les Commissions Administratives Paritaires (CAP)	14
1.3. L'ORGANISATION DES POLES	14
1.3.1. <i>Les pôles d'activité</i>	14
1.3.1.1. Définition des pôles	14
1.3.1.2. Organisation des pôles.....	15
1.3.1.3. L'offre médico-sociale.....	16
a. L'EHPAD les Blés d'Or	16
b. La MAS Cassiopée	16
1.3.2. <i>Continuité de service et permanence des soins</i>	16
1.3.2.1. Organisation des gardes et astreintes médicales	16
1.3.2.2. L'astreinte administrative	17
1.3.2.3. L'astreinte technique	17
1.3.2.4. L'astreinte informatique	17
1.3.2.5. L'astreinte des cadres de santé et la permanence d'encadrement	17
CHAPITRE 2 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES RELATIVES A LA SECURITE	18
2.1. SECURITE GENERALE	18
2.1.1. <i>Obligations générales de sécurité</i>	18
2.1.2. <i>Opposabilité des règles de sécurité</i>	18
2.1.3. <i>Rapports avec l'autorité judiciaire</i>	18
2.1.4. <i>Rapports avec les autorités de police et de gendarmerie</i>	19
2.2. SECURITE DU FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT.....	19
2.2.1. <i>Protection des personnels</i>	19
2.2.2. <i>Equipe Prévention Médiation Sécurité (PMS)</i>	19
2.2.3. <i>Sécurité incendie</i>	19
2.2.4. <i>Vidéo protection</i>	20
2.2.5. <i>Intrusion ou évènement grave</i>	20
2.2.6. <i>Contrôle d'accès</i>	20
2.2.7. <i>Sécurité du système d'information</i>	20
2.2.7.1. Politique Générale de Sécurité de Système d'Information (PGSSI)	20
2.2.7.2. Charte des utilisateurs du système d'information	21
2.2.8. <i>Circulation des personnes et des véhicules</i>	21
2.2.8.1. Voirie et circulation dans l'enceinte de l'établissement	21

2.2.8.2.	Stationnement dans l'enceinte de l'établissement.....	21
2.2.8.3.	Espaces verts.....	22
CHAPITRE 3 : PLAN DE GESTION DES TENSIONS HOSPITALIERES ET SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES		22
3.1.	PLAN ORSAN.....	22
3.2.	PLAN BLANC.....	22
3.3.	PLAN BLEU.....	22
3.4.	PLAN LOCAL DE GESTION D'UNE EPIDEMIE	22
CHAPITRE 4 - AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS – GESTION DES RISQUES		23
4.1.	LE COMITE QUALITE ET GESTION DES RISQUES (C.Q.G.R.).....	23
4.2.	LA POLITIQUE QUALITE – GESTION DES RISQUES	23
4.3.	LE PROGRAMME D'AMELIORATION DE LA POLITIQUE QUALITE ET SECURITE DES SOINS	23
CHAPITRE 5 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS ET AUX PERSONNES ACCOMPAGNEES		24
5.1.	DROITS DES PATIENTS ET DES PERSONNES ACCOMPAGNEES.....	24
5.1.1.	<i>Droits et libertés fondamentales</i>	24
5.1.1.1.	Liberté d'aller et venir.....	24
5.1.1.2.	Droits et libertés des personnes en soins psychiatriques libres	24
5.1.1.3.	Droits et libertés des personnes en soins psychiatriques sans consentement	25
5.1.2.	<i>Libre choix du patient</i>	25
5.1.3.	<i>Liberté de culte et de conscience</i>	25
5.1.4.	<i>Information médicale</i>	26
5.1.4.1.	Accès aux informations de santé	26
5.1.4.2.	Accès au dossier médical	26
5.1.5.	<i>Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD)</i>	26
5.1.6.	<i>Information aux proches – confidentialité</i>	27
5.1.7.	<i>Désignation de la personne de confiance</i>	27
5.1.8.	<i>Directives anticipées de fin de vie</i>	27
5.1.9.	<i>Gestion des biens et des valeurs</i>	27
5.1.10.	<i>Inventaire des valeurs et biens</i>	28
5.1.11.	<i>Evaluation de la satisfaction des usagers</i>	28
5.1.12.	<i>Situation des majeurs protégés</i>	28
5.1.12.1.	Le service de préposés mandataires à la protection des majeurs	28
5.1.12.2.	Consentement et information du majeur protégé en matière de soins	28
	Cas d'une personne sous sauvegarde de justice :	28
	Cas d'une personne sous curatelle :	29
	Cas d'une personne sous tutelle :	29
5.1.12.3.	Personne de confiance pour les majeurs protégés	29
5.1.12.4.	Directives anticipées pour les majeurs protégés	29
5.1.12.5.	Gestion des biens et valeurs des majeurs protégés	29
5.2.	LES PRISES EN CHARGE A L'EPSM 71	29
5.2.1.	<i>Les structures extrahospitalières</i>	29
5.2.1.1.	Centre Médico- Psychologique (CMP)	29
5.2.1.2.	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)	30
5.2.1.3.	Hôpital de jour	30
5.2.1.4.	Les équipes mobiles spécialisées	30
5.2.1.5.	Equipes de liaison	30
5.2.2.	<i>L'hospitalisation complète</i>	30
5.2.2.1.	L'admission du patient.....	30
a.	Accès aux soins	30
b.	Frais de séjour.....	31

5.2.2.2.	Admission en hospitalisation librement consentie	31
a.	Organisation de l'hospitalisation	31
b.	Formalités d'admission.....	31
c.	Refus de soins.....	31
5.2.2.3.	Admission en soins psychiatriques sans consentement	31
a.	Dispositions communes aux différentes mesures de soins sous contrainte.....	31
b.	L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT)	32
c.	L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (SDTU).....	32
d.	L'admission en soins psychiatriques – Péril imminent (SPI)	32
e.	L'admission en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat (SDRE).....	32
f.	Contrôle judiciaire par le juge du siège du tribunal judiciaire de Chalon sur Saône.....	33
g.	Registre de la loi	33
h.	Recours contre la décision de soins psychiatriques sous contrainte	33
i.	Isolement et contention	34
5.2.2.4.	Admission de patients détenus.....	34
5.2.2.5.	Admission d'un mineur	35
a.	Mineurs relevant de l'aide sociale à l'enfance.....	35
b.	Situation des pupilles de l'Etat	35
c.	Admission des mineurs en urgence	36
5.2.3.	<i>Le séjour du patient et des personnes accompagnées</i>	36
5.2.3.1.	L'accueil	36
5.2.3.2.	Les soins somatiques	36
5.2.3.3.	Les référents handicap.....	36
5.2.3.4.	Conditions de séjour	37
a.	Règles générales	37
b.	Vêtements, linge et effets personnels	37
c.	Repas et prise en charge nutritionnelle.....	37
d.	Médicaments et boissons alcoolisées.....	37
e.	Tabac et vapotage	38
f.	Stupéfiants et produits dérivés.....	38
g.	Armes.....	38
h.	Droit à l'image	38
i.	Téléphonie / ordinateur	39
j.	Services à disposition des patients et des personnes accompagnées	39
5.2.3.5.	Les obligations des usagers et de leurs proches	39
a.	Respect envers les professionnels	39
b.	Respect des équipements.....	40
c.	Les visites	40
5.2.4.	<i>La sortie du patient.....</i>	40
5.2.4.1.	Décision de sortie	40
5.2.4.2.	Formalités de sortie et lettre de liaison	41
5.2.4.3.	Sortie d'un mineur	41
5.2.4.4.	Sortie contre avis médical	41
5.2.4.5.	Sortie sans autorisation	41
5.2.4.6.	Non-retour de permission	41
5.2.4.7.	Sortie disciplinaire	42
5.2.4.8.	Sortie d'une hospitalisation sans consentement	42
a.	Sorties d'hospitalisation	42
b.	Sorties de courte durée	42
c.	Sorties dans l'enceinte de l'établissement	42
d.	Programme de soins ambulatoires.....	42
e.	Transfert provisoire en hôpital général	43
f.	Sortie sur décision du juge.....	43
g.	Sortie d'un patient relevant d'une mesure de SDT.....	43
h.	Sortie d'un patient relevant de SDRE.....	43

5.3. LE DECES DU PATIENT OU DE LA PERSONNE ACCOMPAGNEE.....	44
5.3.1. <i>La fin de vie</i>	44
5.3.2. <i>Information sur le décès et formalités</i>	44
5.3.3. <i>Chambre mortuaire</i>	44
5.3.4. <i>Transport de corps avant mise en bière</i>	44
5.3.5. <i>Inventaire au décès de la personne</i>	45
5.3.6. <i>Liberté des funérailles</i>	45
CHAPITRE 6 : DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL.....	45
6.1. PRINCIPES FONDAMENTAUX	45
6.1.1. <i>Continuité du service public</i>	45
6.1.2. <i>Neutralité et laïcité</i>	45
6.2. PRINCIPES ET OBLIGATIONS FONDAMENTAUX RELATIFS AU RESPECT DU PATIENT ET DE LA PERSONNE ACCOMPAGNEE	46
6.2.1. <i>Attitude envers l'usager, sa famille et ses proches</i>	46
6.2.2. <i>Respect de la personne et de son intimité</i>	46
6.2.3. <i>Lutte contre la douleur</i>	46
6.2.4. <i>Secret professionnel</i>	47
6.2.5. <i>Information des familles sur les décisions importantes</i>	47
6.2.6. <i>Obligation de discréction professionnelle et devoir de réserve</i>	47
6.2.7. <i>Interdiction de diffuser des propos injurieux ou diffamatoires sur les réseaux sociaux</i>	47
6.2.8. <i>Attitude envers les usagers</i>	47
6.2.9. <i>Protection des lanceurs d'alerte</i>	48
6.3. PRINCIPES DE BONNE CONDUITE PROFESSIONNELLE.....	48
6.3.1. <i>Tenue générale de service</i>	48
6.3.2. <i>Identification du personnel</i>	48
6.3.3. <i>Interdiction de consommer ou d'introduire de l'alcool et des produits de la famille des cannabinoïdes sur le lieu de travail</i>	48
6.3.4. <i>Interdiction de fumer</i>	49
6.3.5. <i>Obligation de déposer l'argent, les valeurs ou objets confiés ou trouvés dans l'établissement par un patient ou une personne accompagnée</i>	49
6.3.6. <i>Obligation de désintéressement</i>	49
6.3.7. <i>Assiduité et ponctualité</i>	49
6.3.8. <i>Coopération entre les professionnels</i>	49
6.3.9. <i>Exécution des instructions reçues</i>	50
6.3.10. <i>Information et signalement des incidents ou dysfonctionnements</i>	50
6.3.11. <i>Interdiction d'exercer une activité à but lucratif</i>	50
6.3.12. <i>Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces</i>	50
6.3.13. <i>Charte des bonnes pratiques relative à l'information et à la promotion des produits de santé</i>	50
6.3.14. <i>Respect des règles d'hygiène et de sécurité</i>	51
6.3.15. <i>Non-détérioration des locaux, matériels et biens</i>	51
6.3.16. <i>Médecine du travail</i>	51
6.3.17. <i>Accidents du travail et de trajet</i>	51
6.4. DROITS DU PERSONNEL LIES AUX DROITS ET LIBERTES PUBLIQUES	51
6.4.1. <i>Données personnelles</i>	51
6.4.2. <i>Liberté d'opinion et principe de non-discrimination</i>	52
6.4.3. <i>Droit syndical</i>	52
6.4.4. <i>Droit de grève et modalités d'exercice</i>	53
6.4.5. <i>Droit de retrait</i>	53
6.5. DROITS DU PERSONNEL LIES A L'EXERCICE DE SES FONCTIONS	54
6.5.1. <i>Droit à la formation professionnelle tout au long de la vie</i>	54

6.5.2.	<i>Droit à rémunération</i>	54
6.5.3.	<i>Droit à la carrière</i>	54
6.5.4.	<i>Droit à l'aménagement du poste de travail</i>	54
6.5.5.	<i>Droit d'allaitement</i>	55
6.5.6.	<i>Droit à la protection fonctionnelle</i>	55
6.5.7.	<i>Droit d'accès au dossier individuel</i>	55
6.5.8.	<i>Droit à la protection contre le harcèlement dans les relations de travail</i>	55
6.5.9.	<i>Liberté d'expression</i>	56
6.6.	SERVICES A DISPOSITION DES PROFESSIONNELS.....	56
6.6.1.	<i>Restaurant du personnel</i>	56
6.6.2.	<i>Centre de documentation</i>	56
6.6.3.	<i>Unité Psychologique pour les Professionnels (UPP)</i>	56
6.6.4.	<i>Service social du personnel</i>	56

PREAMBULE

Le présent règlement intérieur, établi conformément au Code de la Santé Publique (Article L. 1112-3, articles R. 1112-77 à R.1112-78), constitue un document d'information et de référence définissant les règles de fonctionnement. Il précise les droits et obligations des professionnels, les règles applicables aux patients et personnes accompagnées pris en charge ainsi que les mesures relatives à la sécurité.

Il fixe également certaines règles propres à l'EPSM 71, non prévues par des textes législatifs ou réglementaires. Certaines de ces dispositions sont détaillées dans des documents qualité, accessibles via le système de gestion documentaire de l'établissement. La modification de ces documents qualité n'entraîne pas systématiquement la révision du règlement intérieur.

Conformément à l'article L.6143-7 du Code de la Santé Publique, le Directeur de l'EPSM 71 assure l'application et l'exécution des dispositions du règlement intérieur sur l'ensemble des sites de l'établissement. Toute personne fréquentant l'établissement – usager, patient, visiteur ou professionnel, est tenue de respecter les dispositions du règlement intérieur.

Ce règlement ne se substitue pas aux droits et obligations — auxquels les personnels et l'établissement sont tenus dans le cadre de leur statut défini par le Code de Santé Publique et par le Code général de la fonction publique (CGFP), notamment le Livre Ier : Droits, obligations et protections (articles L111-1 à L142-3). Le règlement intérieur garantit à l'usager le respect de ses droits.

En application de l'article R.1112-78 du Code de la Santé Publique, le règlement intérieur est accessible sur demande, ainsi que sur les sites internet et intranet de l'EPSM 71.

Le règlement intérieur est arrêté par le Directeur de l'EPSM 71 :

- Après concertation avec le Directoire lors de la séance du 15 septembre 2025
- Après avis du Comité Social d'Établissement (CSE) lors de la séance du 23 septembre 2025
- Après avis de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) lors de la séance du 30 septembre 2025
- Après avis du Conseil de la Vie Sociale (CVS) de l'EHPAD les Blés d'or en date du 4 septembre 2025 et de la Maison d'accueil spécialisée « Cassiopée » en date du 10 octobre 2025
- Et après information de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) et de la Commission des Usagers (CDU) en date du 25 septembre 2025
- Après avis du Conseil de Surveillance (CS) lors de la séance du 09 octobre 2025

Toute modification du règlement intérieur doit être adoptée selon la même procédure.

CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GENERALES ET ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET MEDICALE DE L'EPSM 71

1.1. PRESENTATION DE L'EPSM 71

1.1.1. L'établissement Public de Santé Mentale de Saône-et-Loire (EPSM 71)

L'EPSM 71 est un établissement public de santé, tel que défini par l'article L.6141-1 du Code de la Santé Publique, doté de la personnalité morale, de l'autonomie administrative et financière. Il comprend un site hospitalier principal à Sevrey (à 6 km de Chalon-sur-Saône) et près d'une cinquantaine de structures extrahospitalières réparties sur le département (CMP, CATTP, hôpitaux de jour, équipes mobiles, etc.), assurant une couverture de proximité sur tout le territoire de santé.

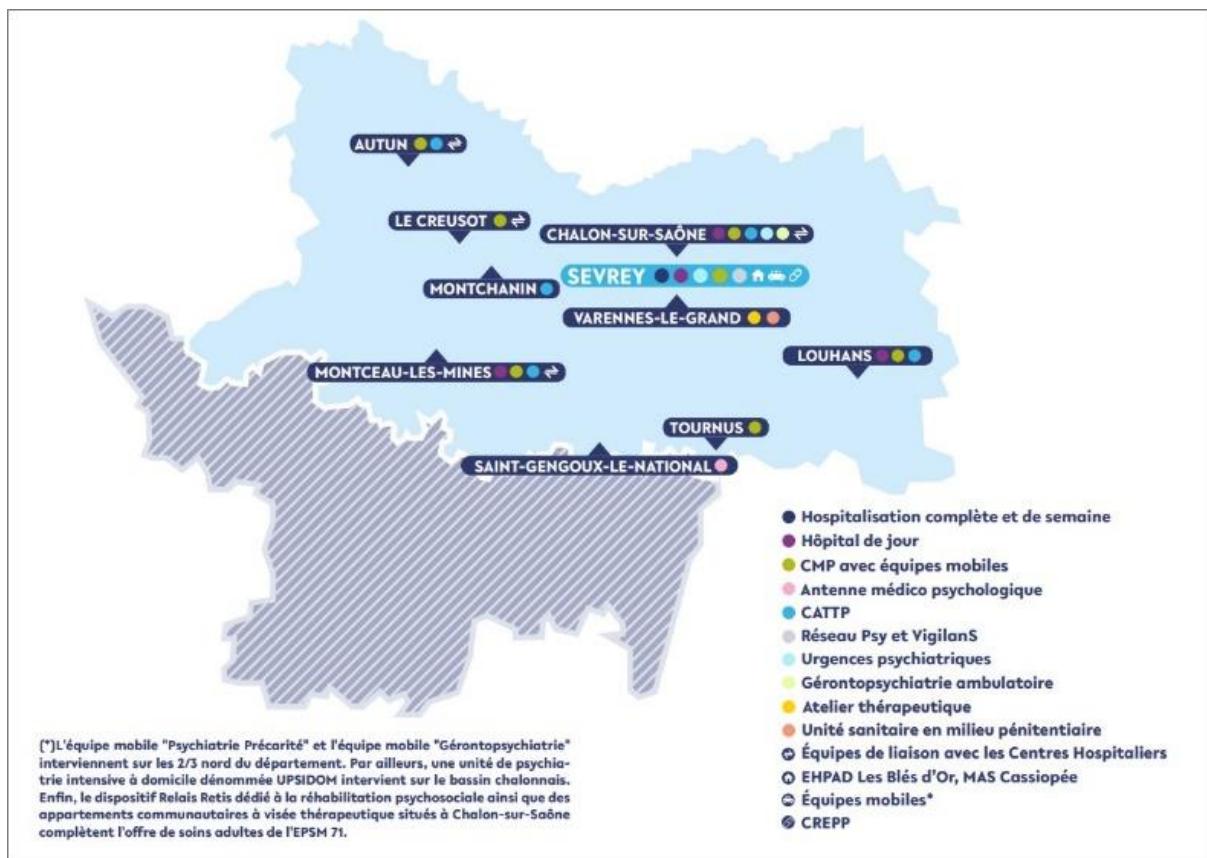
L'EPSM 71 est membre du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de Saône-et-Loire-Bresse-Morvan dont la composition est la suivante :

- CH William Morey Chalon-sur-Saône (établissement support)
- EPSM 71
- CH Autun
- CH Montceau-les-Mines
- CH Les Marronniers à Toulon-sur-Arroux
- CH de la Bresse Louhannaise à Louhans
- CH Chagny
- CH La Guiche
- EHPAD Myosotis de Couches
- EHPAD Fougerolles d'Epinac

L'EPSM 71 est également membre associé du Groupe Hospitalier de Territoire de Bourgogne Méridionale (GHT-BM), couvrant plus de 5 000 km² situé au sud de la Saône-et-Loire, et composé de :

- le CH Mâcon (*établissement support*)
- le CH Bourbon-Lancy
- le CH Pays Charolais-Brionnais
- le CH Clunisois
- le CH Tournus

Implantation de la psychiatrie pour adultes



Implantation de la psychiatrie pour enfants



(*) L'équipe mobile "Psychiatrie Infanto-Juvénile" et l'équipe mobile "Psy-périnatalité" interviennent sur l'ensemble du département. La seconde travaille notamment en lien étroit avec les maternités du territoire.

(**) La filière "Troubles du Comportement Alimentaire" intervient également sur l'ensemble de la Saône-et-Loire tandis que la filière "Diagnostic" intervient sur le bassin mâconnais.

● Hospitalisation complète et de semaine

● Hôpital de jour

● CMP

● Atelier thérapeutique

● Filières TCA et diagnostic**

● Équipes de liaison avec les Centres Hospitaliers

● Équipes mobiles*

1.1.2. Les missions de l'EPSM 71

L'Établissement Public de Santé Mentale de Saône-et-Loire (EPSM 71) exerce ses missions sur l'ensemble du département pour la prise en charge des enfants et des adolescents et sur les deux tiers nord du département pour la prise en charge des adultes (bassins d'Autun, de la Bresse bourguignonne, du Grand Chalon et de Creusot-Montceau).

Son activité principale est la prise en charge de patients atteints de pathologies psychiatriques. Il assure par ailleurs, la gestion d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et celle d'une Maison d'Accueil Spécialisée « Cassiopée » (MAS) à orientation psychiatrique.

Par convention avec l'administration pénitentiaire, l'EPSM 71 participe aux soins et à l'hospitalisation des détenus du centre pénitentiaire de Varennes le Grand conformément aux articles L.3214-1 à 5 du CSP.

1.1.3. Respect de l'identité visuelle de l'EPSM 71

L'EPSM 71 dispose d'une identité visuelle propre (logo et charte graphique). Tous les supports de communication internes et externes, entête de courrier, triptyque, affiche, badge, enseigne etc.., doivent obligatoirement respecter cette charte.

Les éléments graphiques sont disponibles dans l'arborescence informatique P:\COMMUNICATION\ Charte graphique.

1.2. L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE

1.2.1. La charte de gouvernance partagée

Une charte de gouvernance partagée, signée entre le Directeur et la Présidente de CME, précise les responsabilités et rôles de chacun, et définit un cadre de gouvernance conjoint favorisant un pilotage médico-administratif équilibré. Elle pose les bases d'un travail conjoint de co-construction, fondé sur la confiance et la fluidité des informations.

1.2.2. Les instances décisionnelles

Articles L. 6143-1 à L.6143-8 du Code de la Santé Publique

1.2.2.1. Le Conseil de Surveillance

Le conseil de surveillance se prononce sur les orientations stratégiques soumises par le directeur et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement.

Il se réunit au moins 4 fois par an, sur convocation de son président ou à la demande du tiers de ses membres. L'ordre du jour arrêté par le président est adressé à l'ensemble des membres au moins 7 jours avant la date de réunion.

Le conseil de surveillance délibère notamment sur le projet d'établissement, les modalités de sa mise en œuvre au sein de l'établissement et de ses structures, le compte financier et l'affectation des résultats, le rapport annuel sur l'activité de l'établissement.

Il donne son avis sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses, le plan global de financement pluriannuel ainsi que le programme d'investissement, la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, le règlement intérieur de l'établissement.

1.2.2.2. Le Directoire

Le directoire est le collège qui appuie et conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement, en veillant notamment à la cohérence des projets des pôles avec le projet médical et l'ensemble du projet d'établissement. Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.

Il est obligatoirement concerté par le Directeur sur l'ensemble des compétences qui lui sont octroyées par l'article L. 6143-7 du CSP. Le Directeur préside le directoire, assisté du Président de CME vice-président de droit, et du Président de la CSIRMT.

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

1.2.3. Les instances consultatives

1.2.3.1. La Commission Médicale d'Etablissement (CME)

Articles L. 6144-1 et suivants du Code de la Santé Publique

La CME est l'instance de cohésion, de débat et de propositions de la communauté médicale et pharmaceutique. Elle participe à la coordination des pratiques et des décisions de l'établissement, en termes de prises en charge, de projets et d'organisations.

La CME coopère à l'élaboration du projet médical et du projet d'établissement qui en découle, dans le respect des orientations du projet médical partagé. Elle valorise la culture de la qualité des soins, et veille au respect permanent des valeurs déontologiques et éthiques.

1.2.3.2. Le Comité Social d'Etablissement (CSE)

Articles L.6144-3 à L.6144-5, R.6144-40 à 85 du Code de la Santé Publique

Art. L.251-11 et suivants du CGFP – Décret n°2021-1570 du 3 décembre 2021

Le CSE représente le personnel non médical. Il veille à l'évolution des politiques des ressources humaines, notamment lors de la présentation du rapport social unique, et est consulté sur :

- L'organisation interne de l'établissement,
- Les projets de réorganisation de service,
- La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la politique générale de formation du personnel, y compris le plan de formation,
- Le règlement intérieur de l'établissement,
- Le plan global de financement pluriannuel,
- L'accessibilité des services et la qualité des services rendus à l'exception de la qualité des soins et des questions qui relèvent de la compétence de la Commission Médicale d'Etablissement, de la Commission des Usagers et de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et MédicoTechniques,
- Les projets d'aménagements importants modifiant les conditions de santé, de sécurité et les conditions de travail lorsqu'ils s'intègrent dans le cadre d'un projet de réorganisation de service,
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants.

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

Articles. L.2381-1, L.2381-2, L.4612-1 et suivants du Code du Travail

La Formation Spécialisée en Santé, Sécurité et Conditions de Travail (F3SCT), composée d'une délégation de personnel, a pour mission de contribuer à la prévention et à la protection de la santé physique et mentale, à la sécurité des travailleurs, à l'amélioration des conditions de travail, ainsi qu'au respect des prescriptions légales en la matière.

Elle examine les questions relatives à la protection de la santé physique et mentale, à l'hygiène, à la sécurité des agents et à l'organisation du travail. Les représentants du personnel à la formation spécialisée sont informés des visites et observations de l'agent de contrôle de l'inspection du travail ainsi que des réponses du Directeur d'établissement.

1.2.3.4. La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)

Articles L.6146-9, R.6146-10 et suivants du CSP

La CSIRMT est composée de 3 collèges :

- Collège cadres
- Collège personnels infirmiers, médico-techniques et de rééducation
- Collège aides-soignants

Elle est plus spécifiquement consultée sur :

- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques élaboré par le Coordonnateur général des soins
- L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ainsi que l'accompagnement des patients
- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins
- Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers.

1.2.3.5. La Commission des Usagers (CDU)

Articles R.1112-79 et suivants du CSP

La CDU veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches pour exprimer leurs difficultés. Elle contribue, par ses avis et propositions, à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des usagers et de leurs proches.

Elle joue un rôle essentiel dans la gestion et l'analyse des plaintes des patients, disposant à ce titre d'une dérogation légale (art. L 1112-3 du CSP) pour accéder aux données nécessaires. La CDU examine, chaque fois que nécessaire, les réclamations adressées à l'établissement, à l'exclusion des recours gracieux ou juridictionnels.

1.2.3.6. Le Conseil de la Vie Sociale (CVS)

Article L.311-6 du CASF

Cette instance concerne exclusivement les structures médico-sociales de l'EPSM 71, à savoir l'EHPAD les Blés d'Or et la MAS Cassiopée. Chacune de ces structures dispose de son propre Conseil de la Vie Sociale et de son règlement de fonctionnement.

Le CVS est un lieu d'écoute et d'expression permettant aux usagers, résidents et familles d'échanger sur leurs conditions de vie, de soins et d'hébergement, et de formuler des propositions concernant l'animation, la vie quotidienne, les locaux, les tarifs ou les projets.

1.2.3.7. Les Commissions Administratives Paritaires (CAP)

Les Commissions Administratives Paritaires (CAP) examinent certaines situations individuelles des agents titulaires, notamment les décisions défavorables, et sont constituées par catégorie hiérarchique. Elles favorisent le dialogue social sur la gestion des carrières des agents de la fonction publique.

Elles comprennent en nombre égal, d'une part des représentants de l'administration et d'autre part des représentants élus par le personnel. Une CAP locale (CAPL) est créée par l'assemblée délibérante d'un établissement public de santé, dès que l'effectif des fonctionnaires relevant de cette CAP est au moins égal à 4 agents pendant 3 mois consécutifs. A défaut, les agents relèvent d'une CAP départementale (CAPD), créée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et gérée par un établissement du département (CH de Macon pour l'EPSM 71).

Les situations des agents contractuels sont quant à elles examinées par une Commission Consultative Paritaire (CCP), également composée paritaire. Une CCP est créée dans chaque département par l'ARS et gérée par un établissement du département (CH de Macon pour l'EPSM 71).

Les règlements intérieurs de chaque instance, dans leur dernière version, définissent leur composition, fonctionnement et missions. Ils fixent les règles s'appliquant à leurs membres respectifs ainsi que les modalités de collaboration avec les autres instances.

Ces derniers sont disponibles auprès de la Direction des Affaires Générales.

1.3. L'ORGANISATION DES POLES

1.3.1. Les pôles d'activité

1.3.1.1. Définition des pôles

Pour remplir ses missions, l'établissement est organisé en pôles d'activités définis par le Directeur de l'EPSM 71, conformément au projet d'établissement, après avis du Président de la CME.

1.3.1.2. Organisation des pôles

Articles L.6146-1 à L.6146-12 du CSP

L'EPSM 71 est organisé comme suit :

5 pôles d'activité clinique ou clinique médico-technique :

- Le pôle Réhabilitation Insertion Soins à Médiation (PRISMe) propose des soins psychiques et des activités thérapeutiques visant à aider les patients souffrant de pathologies psychiatriques lourdes avec perte d'autonomie à retrouver une meilleure stabilité psychique et des capacités d'autonomie leur permettant une réinsertion sociale et/ou professionnelle optimale.
- Le pôle de Psychiatrie Infanto Juvénile Départementale (PIJD) dont l'activité est principalement extrahospitalière mais qui dispose aussi de trois unités d'hospitalisation.
- Le pôle Prévention et Soins Ambulatoires en Psychiatrie Générale (PPSA) assure et coordonne l'activité de psychiatrie générale adulte en ambulatoire sur quatre bassins de santé : Le Chalonnais, L'Autunois, la Communauté Urbaine Creusot Montceau (CUCM) et la Bresse Bourguignonne.
- Le pôle de Géronto Psychiatrie (GP) qui prend en charge les personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques.
- Le pôle Admissions Courts Séjours (PACS) est dédié à l'accueil en hospitalisation complète de patients majeurs, de 18 à 70 ans, présentant une pathologie psychiatrique nécessitant une hospitalisation sur un court séjour.

Le pôle PACS comprend également des unités médico-techniques transversales, dédiées la prise en charge de l'ensemble des patients de l'EPSM 71 : le Service de Kinésithérapie, la Pharmacie à Usage Intérieur, l'Unité Intersectorielle de Médecine Somatique et la Dentisterie.

Chaque pôle clinique ou clinique médico-technique est placé sous la responsabilité d'un praticien chef de pôle, assisté d'un cadre de pôle et d'un directeur référent. Le mandat du chef de pôle est de quatre ans, renouvelable.

Un contrat de pôle, élaboré pour chaque pôle, définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, ainsi que les moyens attribués et les indicateurs d'évaluation. Les contrats de pôles sont révisés pour intégrer les orientations stratégiques du projet d'établissement 2024-2028.

Conformément aux articles R.6146-9 et R.6146-9-1 du Code de la Santé Publique, chaque chef de pôle élabore, dans les trois mois suivant la signature du contrat de pôle, un projet de pôle, en concertation avec les responsables d'unité fonctionnelle et le cadre de pôle. Ce projet doit être cohérent avec le contrat de pôle mais aussi avec le projet d'établissement et le projet médico-soignant.

Il précise les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles ainsi que l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs assignés, en prévoyant les évolutions de leur champ d'activité et les moyens correspondants.

L'organigramme des pôles est consultable sur le site intranet de l'établissement.

1.3.1.3. L'offre médico-sociale

L'EPSM 71 dispose de deux structures médico-sociales : l'EHPAD les Blés d'Or, rattaché au Pôle de Géronto-Psychiatrie et la MAS Cassiopée rattachée au pôle PRISMe.

a. L'EHPAD les Blés d'Or

L'EHPAD (Établissement d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes) « Les Blés d'Or » dispose de 38 places d'hébergement permanent et d'un Pôle d'Activités de Soins Adaptés (PASA) de 12 places. Il accueille des personnes âgées de 60 ans et plus, souffrant de troubles psychiatriques et présentant différents degrés de dépendance. Il est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale et de l'allocation personnalisée d'autonomie (A.P.A).

b. La MAS Cassiopée

La MAS accueille des personnes souffrant d'un état de dépendance psychique profonde, associée ou non à une dépendance physique. Les troubles du comportement doivent être stabilisés. La structure dispose de 60 lits, répartis en 4 ailes de 15 places, chacune accueillant des résidents présentant des handicaps similaires.

1.3.2. Continuité de service et permanence des soins

L'ensemble des professionnels hospitaliers contribue à la prise en charge des patients, selon leurs qualifications, responsabilités, et la nature des soins dispensés, dans le respect du devoir d'assistance envers les usagers et leurs familles. Pour garantir la continuité du service public, la sécurité et la permanence des prises en charge, plusieurs dispositifs sont mis en place.

1.3.2.1. Organisation des gardes et astreintes médicales

Comme tout établissement de santé, l'EPSM 71 est tenu d'assurer la permanence des soins médicaux et non médicaux, afin de garantir la continuité de la prise en charge des patients hospitalisés ou admis en urgence, y compris en dehors des horaires habituels (nuit, week-ends et jours fériés).

La Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins et Pharmaceutique (COPSP) est garante de la couverture médicale tout au long de l'année. En dehors des horaires de service médical de journée en semaine, une astreinte à domicile est mise en place selon un planning prévisionnel visé par le Directeur et la Présidente de la CME. L'astreinte vaut pour l'ensemble des services de l'établissement.

La garde médicale est organisée selon deux lignes distinctes :

- Une ligne dédiée aux soins psychiatriques
- Une ligne dédiée aux soins somatiques

L'astreinte médicale psychiatrique est organisée selon 2 lignes de permanence :

- Une ligne d'astreinte générale
- Une ligne d'astreinte dédiée aux isolements thérapeutiques

L'organisation des gardes et astreintes fait l'objet d'une procédure (MOG PG 009).

Les médecins de garde doivent récupérer, au plus tard à 18h30, le téléphone correspondant à leur ligne de garde auprès du standard.

1.3.2.2. L'astreinte administrative

Pour assurer la continuité des services et de la fonction de direction au sein de l'établissement, le Directeur habilite plusieurs agents à exercer des astreintes administratives. Un planning semestriel est établi et communiqué aux personnes concernées.

Ces astreintes sont assurées :

- En semaine de 17h00 à 8h00,
- Le weekend du vendredi soir 17h00 au lundi matin 8h00 et en totalité les jours fériés.

Chaque sollicitation de l'astreinte administrative est consignée dans un registre dédié sur le logiciel Blue Médi.

1.3.2.3. L'astreinte technique

L'astreinte générale concerne la gestion de tous les problèmes techniques, à l'exception du chauffage et de la neige. Du lundi au vendredi, elle débute à 16h30 et se termine à 8h00 le lendemain. Un autre agent assure l'astreinte du vendredi soir au lundi matin.

1.3.2.4. L'astreinte informatique

Le déclenchement de l'astreinte informatique se fait obligatoirement via le standard. Cette astreinte débute chaque jour à 17h00 et se termine à 8h00 le lendemain, sauf les vendredis et veilles de jour férié où elle commence à 16h00. Elle est également assurée en continu tout le week-end garantissant une couverture 24h/24.

1.3.2.5. L'astreinte des cadres de santé et la permanence d'encadrement

Les cadres de santé assurent une permanence obligatoire, selon une liste alphabétique établie par la Direction des Soins, du lundi au vendredi de 18h00 à 20h30. Le relais est ensuite pris par le cadre de nuit.

Le weekend et les jours fériés, une astreinte est organisée de 8h00 à 20h30.

Ces dispositifs permettent d'optimiser la gestion des demandes urgentes, des lits, des mesures d'isolement et de l'absentéisme. Ils complètent la coordination des prises en charge et garantissent la continuité de l'encadrement soignant.

CHAPITRE 2 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES RELATIVES A LA SECURITE

2.1. SECURITE GENERALE

2.1.1. Obligations générales de sécurité

Les règles de sécurité visent à limiter les risques, qu'ils soient accidentels ou intentionnels, susceptibles de porter atteinte à la continuité, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins assurées par l'établissement.

Ces règles ont pour objectif d'assurer le calme et la tranquillité des usagers, ainsi que la protection des personnes et des biens contre les risques d'origine intentionnelle, en s'adaptant aux besoins spécifiques de l'établissement et aux circonstances locales. Elles protègent également les professionnels, leur outil de travail, le patrimoine hospitalier et son environnement, tout en prenant en compte les besoins des personnes en situation d'handicap, qu'il s'agisse d'usagers ou de visiteurs.

En tant que responsable de la conduite générale de l'hôpital, le Directeur édicte ces règles par notes de service ou procédures, dans le respect des lois, règlements et principes généraux du droit. Il veille à leur application et coordonne leur mise en œuvre au sein de l'EPSM 71.

Le Directeur s'assure que toute personne dont la présence n'est pas justifiée ou dont le comportement contrevient au règlement intérieur (par exemple, en cas de troubles) soit signalée, invitée à quitter les lieux, voire reconduite à la sortie si nécessaire. Il peut également organiser et préciser les conditions d'accès à certains secteurs ou locaux pour des raisons de sécurité.

2.1.2. Opposabilité des règles de sécurité

Quelle que soit la raison de sa présence dans l'hôpital, toute personne doit se conformer aux règles de sécurité, dans l'intérêt général. Elle est tenue de respecter les indications données et, le cas échéant, d'obéir aux injonctions du personnel habilité.

2.1.3. Rapports avec l'autorité judiciaire

Articles 40 et 74 du Code de procédure pénale –Article 81 du Code civil

Tout fonctionnaire, dans l'exercice de ses fonctions, est tenu de signaler tout crime ou délit dont il a connaissance. Le Directeur ou l'administrateur de garde informe donc sans délai le procureur de la république des crimes et délits portés à sa connaissance dans l'exercice de ses fonctions. Il avise également l'officier de police judiciaire territorialement compétent en cas de mort violente ou suspecte.

2.1.4. Rapports avec les autorités de police et de gendarmerie

Seul le Directeur est responsable de l'organisation des relations avec les autorités de police et de gendarmerie.

Lorsqu'ils sont appelés à témoigner en justice ou auprès des autorités de police sur des faits en lien avec le fonctionnement du service, les personnels informent préalablement le Directeur et le tiennent informé des suites de leur audition.

2.2. SECURITE DU FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT

2.2.1. Protection des personnels

Compte tenu de la spécificité de l'activité de l'EPSM 71, plusieurs dispositifs de protection sont en place : téléphones PTI couplés à un système d'appel à renforts (« bouton d'urgence ») dans les pavillons d'hospitalisation. Les structures extérieures disposent d'un système de téléalarme ou de téléphone/PTI. L'utilisation de ces équipements est obligatoire pour le personnel concerné.

Conformément à la réglementation en vigueur (articles R4121-1 et suivants du Code du travail), l'EPSM 71 a établi un Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP). Ce document recense l'ensemble des dangers auxquels sont exposés les professionnels par unité de travail, les moyens de protection existants ou à mettre en place, ainsi qu'une évaluation des risques associés. Les résultats de cette évaluation permettent d'élaborer un plan de prévention des risques professionnels, réactualisé chaque année en fonction des actions menées et de l'évolution des dangers.

2.2.2. Equipe Prévention Médiation Sécurité (PMS)

Une équipe Prévention Médiation Sécurité (PMS) est présente sur le site 24h/24 et 7j/7 afin d'assurer la sécurité des personnes et des biens. Deux agents sont présents de 6h00 à 21h00, puis un agent prend le relais la nuit, de 21h00 à 6h00.

Les missions de l'équipe PMS sont les suivantes :

- Sécuriser les interventions des soignants en chambre de soins intensifs
- Intervenir lors des appels d'urgence
- Participer à la sécurité incendie du site
- Assurer la surveillance générale du site par des rondes aléatoires
- Apporter une aide ponctuelle en cas de besoin.

2.2.3. Sécurité incendie

L'EPSM 71 est soumis à la réglementation relative à la sécurité contre les risques incendie et de panique applicable aux établissements recevant du public de type U et J, 4^{ème} ou 5^{ème} catégorie, type L, R, W, V selon la destination des bâtiments.

Le responsable sécurité incendie veille au respect de ces règles sur l'ensemble du site, y compris les structures extérieures. Toutes les alarmes incendie sont reliées au standard, dont les agents sont titulaires du diplôme SSIAP 1. Ils signalent tout dysfonctionnement à l'équipe PMS.

L'équipe PMS, composée d'agents diplômés SSIAP 1 encadrés par un responsable SSIAP 3, effectue régulièrement des visites de contrôle dans les pavillons d'hospitalisation et autres bâtiments pour vérifier la présence et le bon fonctionnement des équipements de lutte contre l'incendie (extincteurs, détecteurs, blocs de secours, etc...). Tout dysfonctionnement ou situation anormale doit être signalé immédiatement aux services techniques et, si nécessaire, à des prestataires extérieurs.

Le responsable sécurité incendie tient à jour un registre de sécurité par bâtiment, présenté à la Commission de Sécurité lors de ses visites. Un Schéma d'Organisation de la Sécurité en cas d'Incendie (SOSI) est annexé au registre de sécurité pour le site principal de l'EPSM 71.

Des formations à la lutte contre l'incendie, obligatoires pour le personnel, sont organisées régulièrement sous la responsabilité du chargé de sécurité incendie.

2.2.4. Vidéo protection

L'ensemble du site est équipé d'un système de vidéo protection, conformément à l'agrément préfectoral BOPSI/2024-73-9. Les images sont conservées pendant 30 jours. Un écran de visualisation en temps réel est installé au standard, dans le respect de la réglementation en vigueur.

2.2.5. Intrusion ou évènement grave

L'accès piéton au site principal est filtré par un portillon à code. Les locaux sensibles sont protégés par des systèmes d'alarme. En cas de situation de violence grave ne pouvant être contenue par le dispositif normal des appels à renfort et mettant en danger toute personne présente dans l'établissement, la procédure exceptionnelle d'urgence « Procédure SOS » est déclenchée (SEC PG001).

2.2.6. Contrôle d'accès

Dans le cadre de la construction du Nouvel Hôpital de Sevrey (NHS), les portes extérieures des bâtiments sont équipées de serrure à badge nominatif, assurant le contrôle et la traçabilité des accès. L'usage du badge est strictement personnel. En cas de perte, le signalement doit être immédiat auprès des services techniques. Ces dispositifs sont déjà opérationnels dans les nouveaux bâtiments.

2.2.7. Sécurité du système d'information

2.2.7.1. Politique Générale de Sécurité de Système d'Information (PGSSI)

La protection des données sensibles est une priorité. L'EPSM 71 dispose d'une PGSSI conforme aux exigences nationales et régionales, en particulier pour les systèmes d'information hospitaliers. Le système d'information (SI) de l'EPSM 71 joue un rôle de premier ordre :

- Il contribue à la traçabilité de toutes les opérations de soins,
- Il est au cœur de toutes les stratégies visant à moderniser les pratiques de soins,
- Il fournit aux différents utilisateurs, les supports nécessaires à leurs activités.

A ce titre, le Système d'Information qui contient et traite de multiples données sensibles doit être préservé de toute menace.

Il est essentiel d'assurer :

- La disponibilité et la confidentialité des données de santé,
- L'intégrité et la traçabilité des actions,
- La prévention de toute utilisation abusive ou détournement.

La sécurité des systèmes d'information repose sur la sensibilisation des utilisateurs aux bonnes pratiques de sécurité, la gestion des incidents, la sensibilisation Crise Cyber, l'évaluation des fournisseurs et le respect des obligations de déclaration auprès des autorités compétentes (ANSSI, CERT Santé).

Pour toute question, un contact est disponible : alerte.ssi@ch-chalon71.fr

2.2.7.2. Charte des utilisateurs du système d'information

Une charte des utilisateurs des systèmes d'information, remise et signée lors du recrutement, s'applique à tout le personnel et à toute personne accédant au SI, y compris à distance. Elle définit les règles d'accès, d'utilisation des ressources informatiques et des services Internet, et rappelle les droits et devoirs des utilisateurs. Elle vise à garantir la sécurité, la performance et la confidentialité des données, dans le respect du RGPD et de la réglementation en vigueur.

2.2.8. Circulation des personnes et des véhicules

2.2.8.1. Voirie et circulation dans l'enceinte de l'établissement

Les voies de desserte établies dans l'enceinte de l'EPSM 71 constituent des dépendances du domaine de l'établissement. A ce titre, elles sont strictement réservées à la circulation du personnel et des usagers du service public hospitalier. Les dispositions du code de la route sont applicables dans l'enceinte de l'EPSM 71.

La vitesse y est strictement limitée à 30 km/h. Lors de l'intervention des renforts de sécurité, la vitesse maximale autorisée est fixée à 50 km/h.

2.2.8.2. Stationnement dans l'enceinte de l'établissement

Le stationnement n'est autorisé que sur les emplacements matérialisés. Il est formellement interdit de se garer en dehors de ces emplacements. Des places réservées aux personnes à mobilité réduite bénéficient d'un marquage spécifique et leur sont strictement réservées.

L'accès et le stationnement dans l'enceinte de l'établissement sont autorisés aux ambulances, VSL et au personnel disposant d'une autorisation selon une liste arrêtée par la Direction. Tout non-respect constaté par l'équipe PMS peut entraîner le retrait de l'autorisation de stationnement pour les véhicules particuliers hors véhicules de service.

En cas de dommages ou d'accident dans ces espaces, la responsabilité de l'EPSM 71 ne saurait être engagée.

La Direction se réserve le droit de faire intervenir les forces de l'ordre ou la fourrière, ou de déplacer tout véhicule dont le stationnement entraverait la circulation, mettrait en péril la sécurité des personnes ou des biens et, de manière générale, compromettrait le fonctionnement du service public hospitalier.

2.2.8.3. Espaces verts

Il est strictement interdit de stationner sur les espaces verts. L'accès piéton y est limité aux espaces aménagés (bancs, circulations piétonnières). La cueillette des fleurs est interdite. Les pique-niques sont soumis à autorisation préalable.

CHAPITRE 3 : PLAN DE GESTION DES TENSIONS HOSPITALIERES ET SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

L'EPSM 71 a élaboré un plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles avec des mesures graduées, activables en fonction de la nature, de l'ampleur et de la dynamique de l'évènement. L'objectif est d'optimiser la prise en charge des patients et des résidents lors d'évènements graves et/ou inhabituels, tout en assurant la continuité des soins.

En cas de circonstances exceptionnelles, prévues ou imprévues, le Directeur prend toutes les mesures justifiées par la nature des évènements et proportionnées à la gravité de la situation. Ce plan est intégré à la gestion documentaire (SPR PG 031a).

La gestion de ces évènements nécessite la mise en place de plans adaptés à chaque type de situation.

3.1. PLAN ORSAN

L'EPSM 71 s'inscrit dans la mise en œuvre du Plan Blanc élargi (Dispositif ORSAN : Organisation de la Réponse du Système de Santé en Situation sanitaire exceptionnelle). Ce Plan Blanc autorise les représentants de l'Etat à procéder aux réquisitions nécessaires de biens et services, notamment à solliciter tous les professionnels de santé, quel que soit leur mode d'exercice, y compris dans le secteur médico-social.

3.2. PLAN BLANC

Outil de gestion de crise interne, et conformément aux articles L.3110-7 à L.3110-10 et L.3131-7 du Code de la santé publique, l'établissement dispose d'un Plan Blanc pour répondre aux menaces sanitaires, épidémies, actes de malveillance, accidents technologiques ou climatiques susceptibles de provoquer un afflux de victimes dans l'établissement.

3.3. PLAN BLEU

Le Plan Bleu concerne les structures médico-sociales, notamment l'EHPAD les Blés d'Or et la MAS « Cassiopée ». Il constitue un plan global de gestion des risques pour faire face à diverses situations (canicule, épidémies, incendie, etc.). Il précise les modalités d'organisation et les procédures de gestion des évènements.

3.4. PLAN LOCAL DE GESTION D'UNE EPIDEMIE

Une procédure relative à la gestion d'une épidémie est accessible dans la gestion documentaire (SPR PG012).

CHAPITRE 4 - AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS – GESTION DES RISQUES

La politique de qualité et de gestion des risques couvre l'ensemble des activités de l'établissement. Elle se traduit par un programme et des plans d'actions déclinés dans tous les pôles cliniques, médico-techniques et administratifs.

4.1. LE COMITE QUALITE ET GESTION DES RISQUES (C.Q.G.R.)

Ce comité est l'organe de pilotage institutionnel de la démarche qualité et gestion des risques. Il définit les orientations stratégiques et supervise :

- La déclinaison et la mise en œuvre de la politique Qualité, Sécurité des Soins et Gestion des Risques de l'établissement,
- La mise en œuvre du Programme d'Amélioration continue de la Qualité et de la Sécurité des prestations (PAQSS),
- La préparation de l'établissement aux procédures de reconnaissances externes (certification HAS, évaluations externes des établissements médico-sociaux, etc),
- La mise en œuvre du dispositif de gestion des risques et des évènements indésirables.

4.2. LA POLITIQUE QUALITE – GESTION DES RISQUES

La politique qualité représente un axe transversal majeur du projet d'établissement. L'amélioration de la qualité concerne tous les secteurs d'activité et repose sur un système reconnu de gestion de la qualité. Elle s'appuie sur l'amélioration continue des processus de travail, la réduction des dysfonctionnements et l'engagement des personnes.

La gestion des risques associés aux soins relève d'une démarche collective dont l'enjeu principal est la sécurité des patients. L'établissement vise à réduire au maximum la survenue d'évènements indésirables associés aux soins. La cartographie des risques permet d'identifier, de hiérarchiser et de traiter les risques associés aux soins par des mesures de prévention ou de protection adaptées.

L'établissement dispose de multiples sources d'information sur les risques : fiches d'évènements indésirables, réclamations et plaintes des patients, audits internes, évaluations externes (certification, visite du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté, rapports des bureaux de contrôles ou des inspections sur la sécurité), comptes rendus de visites de la F3SCT, ainsi que toute évolution réglementaire.

4.3. LE PROGRAMME D'AMELIORATION DE LA POLITIQUE QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Le service Qualité met en œuvre le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) et assure le suivi des actions engagées. Ce programme décline la politique qualité et gestion des risques en objectifs prioritaires. Chaque action d'amélioration est pilotée, suivie et planifiée.

Ce programme global, cohérent avec les engagements de l'établissement, est porté par les référents de chaque processus et enrichi par les responsables de pôle selon les résultats des différentes évaluations (satisfaction des patients, signalement d'évènements indésirables, plaintes et réclamations, contrôles externes, ...).

Le suivi du Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) fait l'objet d'une présentation aux instances de l'établissement, notamment la CME, le CSE, la CSIRMT et la CDU.

CHAPITRE 5 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS ET AUX PERSONNES ACCOMPAGNEES

Certaines dispositions concernent uniquement les patients et d'autres s'étendent également aux personnes accompagnées.

5.1. DROITS DES PATIENTS ET DES PERSONNES ACCOMPAGNEES

Articles L.3211-1 à L.3216-1du CSP

5.1.1. Droits et libertés fondamentales

5.1.1.1. Liberté d'aller et venir

La liberté d'aller et venir est un droit inaliénable de la personne. Tout doit être mis en œuvre pour favoriser l'exercice de ce droit.

Dans le cadre de soins sans consentement, les restrictions de la liberté d'aller et venir doivent être limitées à celles strictement nécessaires à l'état de santé et la mise en œuvre du traitement du patient. Dans le cadre d'une hospitalisation, toute atteinte à la liberté d'aller et venir doit être adaptée, proportionnée et justifiée.

En soins libres, le patient dispose de sa liberté d'aller et venir au sein de l'hôpital et du service, et peut quitter le service d'hospitalisation. Certaines restrictions peuvent découler du « contrat de soins » : le patient, en consentant aux soins, accepte aussi de respecter le règlement intérieur, les horaires, etc.

5.1.1.2. Droits et libertés des personnes en soins psychiatriques libres

Sauf exceptions prévues par la loi, notamment l'hospitalisation sans consentement, nul ne peut être hospitalisé ou maintenu sans son consentement ou celui de son représentant légal. Toute personne hospitalisée avec son consentement pour troubles mentaux est en hospitalisation libre et bénéficie des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que les autres patients.

Le patient en soins libres prend, en concertation avec les professionnels de santé et en tenant compte des informations et préconisations reçues, les décisions concernant sa santé. Aucun acte médical ni traitement ne peut être pratiqué sans son consentement libre et éclairé, lequel peut être retiré à tout moment.

Le consentement doit être recherché dans tous les cas. Si le patient, en état d'exprimer sa volonté, refuse un traitement ou une investigation, le médecin doit respecter ce refus après l'avoir informé des conséquences. Si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans avoir informé la personne de confiance, à défaut la famille ou un proche, sauf urgence ou impossibilité.

5.1.1.3. Droits et libertés des personnes en soins psychiatriques sans consentement

Dans les cas d'hospitalisation sans consentement, les restrictions à l'exercice des libertés individuelles doivent être limitées à ce qui est nécessaire à l'état de santé et à la mise en œuvre du traitement, après une réflexion bénéfice-risque menée en équipe.

La dignité de la personne doit toujours être respectée et sa réinsertion recherchée. Dès l'admission, et à sa demande, la personne doit être informée de sa situation juridique, de ses droits, de ses garanties et des voies de recours.

En tout état de cause, elle dispose du droit :

- De communiquer avec les autorités : représentant de l'État dans le département, président du tribunal judiciaire, procureur de la République, maire de la commune de Sevrey,
- De saisir la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP),
- De porter à la connaissance du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté tout fait relevant de sa compétence,
De prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat de son choix,
- D'émettre ou de recevoir du courrier,
- De consulter le règlement intérieur, le livret d'accueil et d'obtenir toutes explications utiles,
- D'exercer son droit de vote,
- De pratiquer les activités religieuses ou philosophiques de son choix.

5.1.2. Libre choix du patient

Article L.1110-8 du CSP

Le droit du patient au libre choix de son praticien et de son établissement de santé constitue un principe fondamental de la législation sanitaire. Toute personne hospitalisée, ou sa famille, peut s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale de son choix. Ce libre choix doit toutefois être concilié avec le fonctionnement de l'hôpital, notamment l'organisation des services et des soins. Il s'exerce dans la limite des situations d'urgence et des disponibilités en lits au sein de l'établissement.

5.1.3. Liberté de culte et de conscience

Article R.1112-46 du CSP et circulaire DHOS n°57 du 2 février 2005

Toute personne doit pouvoir exercer librement son culte. Les ministres des différents cultes peuvent rendre visite aux patients et aux personnes accompagnées qui en font la demande, leurs coordonnées étant disponibles dans l'unité. L'expression des convictions religieuses ne doit toutefois pas porter atteinte au bon fonctionnement du service, à la qualité des soins, au respect des règles d'hygiène, ni à la tranquillité des autres personnes hospitalisées.

5.1.4. Information médicale

5.1.4.1. Accès aux informations de santé

Articles L.1111-2, Art. L.1111-3, Art. L.1142-1, L.1142-4 du CSP – Articles R.4127-1 et R.4127-35 du CSP

Tout usager a le droit d'être informé sur son état de santé. Cette information porte sur les investigations, traitements ou actions de prévention proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques normalement prévisibles, ainsi que sur les alternatives possibles et les conséquences prévisibles en cas de refus. En cas de découverte de risques nouveaux après la réalisation d'actes médicaux, l'usager doit en être informé, sauf impossibilité de le retrouver.

L'information doit être loyale, claire et adaptée à l'état et à la personnalité de l'usager. Le professionnel de santé s'assure de la bonne compréhension du patient ou de la personne accompagnée lors d'un entretien individuel. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent dispenser de cette obligation. La volonté d'une personne de ne pas être informée d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf risque de contamination pour des tiers.

5.1.4.2. Accès au dossier médical

Articles L.1111-7, L.1112-1, R. 1111-1 à R. 1111-7 et R .1112-1 et suivants du CSP

Un dossier médical est constitué pour chaque patient, regroupant les informations recueillies lors des consultations externes, de l'accueil au service des urgences, à l'admission et durant le séjour.

Le patient a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé, soit par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne, soit en adressant une demande au service Qualité.

Ne sont pas communicables les informations recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge, ou concernant un tel tiers. L'accès au dossier médical intervient au plus tard dans les huit jours suivant la réception d'une demande conforme, et au plus tôt après un délai de réflexion de 48 heures.

Ce délai est porté à deux mois si les informations médicales datent de plus de cinq ans ou si la Commission Départementale des Soins Psychiatriques est saisie. Le médecin peut recommander la présence d'une tierce personne lors de la consultation, pour protéger le patient.

5.1.5. Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD)

Tous les établissements de santé sont soumis au RGPD, en tant que responsables ou sous-traitants du traitement des données personnelles. Le RGPD s'applique à toutes les données personnelles issues des activités de l'établissement, et pas seulement aux données de santé.

Le RGPD impose des obligations de transparence concernant l'information sur les fichiers et traitements informatiques.

Chacun peut exercer ses droits d'accès, de rectification ou d'opposition concernant ses données personnelles. Pour toute question relative à la protection des données, il est possible de contacter le référent de l'établissement ou le Délégué à la Protection des Données : dpd@ght71nord.fr.

Un QR code figure dans le livret d'accueil de l'EPSM 71 pour accéder à l'information sur la protection des données.

5.1.6. Information aux proches – confidentialité

Articles L.1110-4, L.1111-6, R.1112-44, R.1112-45 et R.4127-35 du CSP

La confidentialité de l'identité du patient est une obligation. Cette règle ne fait pas obstacle à la tenue d'un registre des admissions. Tout patient peut demander qu'aucune information ne soit communiquée sur sa présence ou son état de santé. Sauf opposition du patient, les proches peuvent obtenir des informations auprès de l'équipe médicale et soignante. Avant toute communication à un tiers, y compris la simple confirmation de la présence d'un patient, le personnel doit vérifier l'accord du patient et prendre toutes les précautions nécessaires. En cas d'hospitalisation en urgence, il appartient aux professionnels de santé de prendre toutes mesures utiles pour prévenir la famille.

5.1.7. Désignation de la personne de confiance

Articles L. 1111-6 et L. 1111-12 du CSP - Art. 4 – Charte de la personne hospitalisée du 2 mars 2006

Toute personne majeure peut désigner par écrit une personne de confiance (parent, proche ou médecin traitant), qui sera consultée si elle-même n'est plus en état d'exprimer sa volonté ou de recevoir l'information nécessaire. Cette désignation, cosignée par la personne choisie, est révisable et révocable à tout moment.

La personne de confiance peut accompagner l'usager dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux. L'équipe médicale et soignante veille à informer chaque usager de cette possibilité et l'invite à procéder à la désignation s'il le souhaite.

5.1.8. Directives anticipées de fin de vie

Articles L. 1111-6, L 1111-11 et R. 1111-17 à R. 1111-20 du CSP

Loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté. Ces directives précisent ses souhaits concernant la poursuite, la limitation, l'arrêt ou le refus de traitements ou d'actes médicaux. Elles sont révisables et révocables à tout moment et par tout moyen. L'équipe médicale et soignante informe les patients hospitalisés et les personnes accompagnées de cette possibilité et des modalités de rédaction.

Les directives anticipées s'imposent au médecin, sauf en cas d'urgence vitale ou si elles apparaissent manifestement inadaptées à la situation médicale. Le refus d'application de ces directives, s'il est jugé justifié à l'issue d'une procédure collégiale, est inscrit au dossier médical et porté à la connaissance de la personne de confiance ou, à défaut, de la famille ou des proches.

5.1.9. Gestion des biens et des valeurs

Les usagers sont informés lors de leur admission qu'ils ne doivent apporter avec eux que les objets strictement nécessaires à leur séjour. Ces effets personnels demeurent sous leur responsabilité et ne peuvent être confiés en dépôt au personnel hospitalier. Toutefois, il est recommandé aux usagers de déposer leurs biens et objets de valeur pour en assurer la sécurité. A cet effet, un régisseur, attaché au Service des Majeurs Protégés, est désigné à l'EPSM 71 pour recueillir ces dépôts. En son absence, la continuité du service est assurée par le standard.

5.1.10. Inventaire des valeurs et biens

À l'admission, le personnel procède à l'inventaire du linge, des biens et objets de l'usager, à l'aide d'un formulaire dédié. Si, lors de son admission, la personne est dans l'impossibilité de procéder elle-même au dépôt de ses objets (par exemple, si elle est hors d'état de manifester sa volonté ou doit recevoir des soins urgents), des dispositions spécifiques sont prévues pour garantir la sécurité de ses effets personnels. Ces formalités sont accomplies par deux membres de l'équipe soignante qui établissent un inventaire conservatoire.

5.1.11. Evaluation de la satisfaction des usagers

La mesure de la satisfaction des usagers constitue une obligation pour les établissements de santé et médico-sociaux, dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge.

Afin d'évaluer et d'adapter les services proposés, un questionnaire de satisfaction est mis à disposition des usagers. Ce questionnaire leur permet d'exprimer leur avis sur leur séjour et la qualité de leur prise en charge. Il offre également à l'établissement l'opportunité d'identifier ses points forts et d'améliorer ses pratiques.

Concernant les patients, ils peuvent déposer lors de leur sortie, de façon anonyme et sous pli cacheté si souhaité, le questionnaire dans la boîte aux lettres du service.

Des enquêtes ponctuelles sont également réalisées dans les structures extrahospitalières sur des périodes ciblées et dans les établissements médico-sociaux (EHPAD Les Blés d'Or et MAS Cassiopée). Les questionnaires et résultats d'enquêtes sont transmis au service qualité pour enregistrement, traitement et analyse. Un retour d'information est effectué auprès des unités concernées, et les résultats sont présentés en Commission des Usagers (CDU) et en Conseil de Vie Sociale (CVS).

5.1.12. Situation des majeurs protégés

5.1.12.1. Le service de préposés mandataires à la protection des majeurs

L'établissement dispose d'un service de préposés mandataires judiciaires à la protection des majeurs, agréés selon la liste préfectorale. Les mandataires sont chargés de la protection de la personne et de la gestion de ses biens et valeurs.

L'établissement garantit l'indépendance du mandataire judiciaire, qui rend compte directement au juge de l'exercice de la mesure de protection juridique. La confidentialité de la correspondance adressée au mandataire ou envoyée par lui dans le cadre de ses missions est assurée.

La personne protégée doit pouvoir s'entretenir avec son mandataire judiciaire sans la présence d'un responsable de l'établissement ni des intervenants auprès d'elle.

5.1.12.2. Consentement et information du majeur protégé en matière de soins

Le majeur protégé peut voir son autonomie de volonté partiellement ou totalement altérée. Son consentement doit toujours être recherché, même sous mesure de protection renforcée. Si la personne n'est pas en mesure de consentir, son avis doit néanmoins être sollicité dans la mesure du possible. La conduite à tenir dépend du type de mesure de protection :

Cas d'une personne sous sauvegarde de justice :

La personne protégée reçoit directement l'information et consent elle-même aux actes médicaux.

Cas d'une personne sous curatelle :

La personne protégée reçoit l'information et consent seule aux soins. Le curateur ne peut intervenir qu'à titre consultatif et n'a pas accès au dossier médical, sauf mandat exprès de la personne protégée. Si une assistance aux décisions personnelles est prévue, le curateur doit cosigner la demande d'accès du majeur protégé au dossier médical, mais ne peut l'initier seul.

Cas d'une personne sous tutelle :

La personne protégée doit recevoir une information adaptée à sa compréhension. Si elle est capable de comprendre, le médecin lui explique directement son traitement et recherche son consentement. Si elle n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté, le tuteur consent à sa place.

5.1.12.3. Personne de confiance pour les majeurs protégés

Une personne sous tutelle peut désigner une personne de confiance, sous réserve de l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille. Si la personne de confiance a été désignée avant la mesure de tutelle, le juge ou le conseil de famille peut confirmer ou révoquer cette désignation.

5.1.12.4. Directives anticipées pour les majeurs protégés

Les personnes sous mesure de protection juridique peuvent rédiger des directives anticipées. Sous curatelle ou sauvegarde de justice, elles peuvent les rédiger seules. Sous tutelle, l'accord du juge des tutelles est requis (article L.1111-11 du Code de la santé publique).

5.1.12.5. Gestion des biens et valeurs des majeurs protégés

La gestion des fonds des majeurs protégés peut être confiée à un mandataire, conformément à l'article 427 du Code civil.

5.2. LES PRISES EN CHARGE A L'EPSM 71

5.2.1. Les structures extrahospitalières

Les structures extrahospitalières de l'EPSM 71 sont des structures de proximité, de consultations et d'activités ambulatoires permettant d'intervenir tant en amont qu'en aval de l'hospitalisation.

Elles permettent un repérage précoce, un diagnostic et un suivi au cœur de la cité, tout en visant à réduire ou éviter le recours à l'hospitalisation. Toute personne nécessitant des soins psychiatriques est prise en charge dans le bassin de santé correspondant à son domicile. La liste des lieux de consultation figure sur le site internet de l'établissement et dans le livret d'accueil.

5.2.1.1. Centre Médico- Psychologique (CMP)

Le Centre médico-psychologique (CMP) est un lieu de soins public sectorisé proposant des consultations médico-psychologiques et sociales à toute personne en difficulté psychique. Il constitue la porte d'entrée du parcours de soins en santé mentale. Il existe des CMP pour enfants/adolescents et pour adultes. L'accompagnement est assuré par une équipe pluriprofessionnelle. Chaque personne dépend, selon son domicile, d'un CMP spécifique, qu'elle peut contacter directement. Les consultations sont intégralement prises en charge par l'Assurance Maladie.

5.2.1.2. Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)

Le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) est un lieu de soin public proposant des actions thérapeutiques de soutien (musique, peinture, expression corporelle, groupes de parole, etc.) à des adultes vivant à domicile et recherchant un cadre structurant en journée. Les équipes sont pluriprofessionnelles. L'accès au CATTP se fait sur orientation du psychiatre.

5.2.1.3. Hôpital de jour

L'hôpital de jour (HJ) s'adresse à des personnes nécessitant des soins en journée, tout en vivant à domicile. Il constitue une alternative à l'hospitalisation complète, permettant de maintenir la personne dans son environnement et de prévenir les crises. Selon les besoins, la fréquentation est d'une ou plusieurs demi-journées par semaine. L'hôpital de jour concerne tant les adultes que les mineurs.

5.2.1.4. Les équipes mobiles spécialisées

Les équipes mobiles spécialisées renforcent l'offre de soins en pédopsychiatrie et psychiatrie adulte. Le pôle de pédopsychiatrie infanto-juvénile (PIJD) dispose de deux équipes mobiles départementales :

- **L'Equipe mobile de psy-périnatalité** : permet la prise en soins des femmes enceintes et des enfants de 0 à 1 an sur le territoire de la Saône-et-Loire.
- **L'équipe Mobile Psychiatrie Infanto-Juvénile (EMPIJ)** : s'adresse aux enfants/adolescents de 3 à 18 ans, présentant une souffrance psychique, bénéficiant ou non d'une prise en charge ainsi qu'aux partenaires socio-éducatifs ayant besoin de soutien et de conseils face à un jeune en souffrance psychique.

Pour les adultes, **les équipes mobiles spécialisées** (Equipe Mobile de Géronto-Psychiatrie (EMGP), Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP), Unité de Psychiatrie Intensive à Domicile (UPSIDom)) interviennent sur l'ensemble du département, à domicile ou en établissement social ou médico-social, auprès de publics spécifiques et de leurs aidants, familiaux ou professionnels.

5.2.1.5. Equipes de liaison

Concernant les adultes, des équipes de liaison interviennent dans les hôpitaux généraux du Territoire de Santé au sein des services d'Accueil des Urgences et des services de court ou moyen séjour. Elles prennent en charge les urgences psychiatriques et organisent leur orientation. Outre l'évaluation clinique, elles apportent un soutien aux professionnels.

Des équipes de pédopsychiatrie de liaison interviennent au sein des services de pédiatrie du département (Chalon, Mâcon, Paray le Monial).

5.2.2. L'hospitalisation complète

5.2.2.1. L'admission du patient

a. Accès aux soins

Le droit fondamental à la protection de la santé doit être garanti à toute personne, sans discrimination, conformément à la réglementation (article L.1110-3 du Code de la santé publique). Toute personne a droit à la prévention, aux soins, au traitement de la douleur, aux soins palliatifs et à l'accompagnement en fin de vie. Les soins doivent être pertinents et assurer la sécurité sanitaire, sans risque disproportionné au regard du bénéfice attendu.

b. Frais de séjour

Les frais de séjour incluent l'ensemble des coûts liés à l'hospitalisation. Les tarifs sont affichés au service de la gestion administrative des patients ainsi que dans les unités d'hospitalisation.

5.2.2.2. Admission en hospitalisation librement consentie

a. Organisation de l'hospitalisation

L'Unité d'Accueil et de Coordination des Hospitalisations (UACH) reçoit et coordonne les demandes d'admission en service adultes. La demande d'admission des patients en soins libres est adressée à l'UACH sur indication médicale.

b. Formalités d'admission

L'admission donne lieu à l'ouverture immédiate d'un dossier administratif comportant les informations relatives à l'identité du patient et aux modalités de prise en charge. Le patient, ou son accompagnant le cas échéant, doit présenter une pièce d'identité et les documents nécessaires à la prise en charge des frais (prévention, diagnostic, soins). Si besoin, une demande de prise en charge est adressée à l'organisme d'assurance maladie du patient.

c. Refus de soins

Un patient en hospitalisation librement consentie qui refuse de rester dans l'établissement doit signer une attestation exprimant ce refus. À défaut, une traçabilité de ce refus est établie. En cas de risque grave pour l'intégrité du patient, constaté par un médecin, le directeur ou son représentant peut engager une procédure d'admission en soins psychiatriques sans consentement, sur demande d'un tiers en urgence ou en cas de péril imminent, conformément aux articles L.3212-1 et L.3212-3 du CSP.

5.2.2.3. Admission en soins psychiatriques sans consentement

Articles L 3212-1 à L3212-3 du CSP

Certaines personnes présentant des troubles mentaux graves peuvent être prises en charge sans leur consentement, dans les conditions prévues par la loi, qui organise les exceptions au principe du consentement aux soins.

a. Dispositions communes aux différentes mesures de soins sous contrainte

Toute personne admise en soins psychiatriques sous contrainte bénéficie d'une période d'observation et de soins sous hospitalisation complète, d'une durée maximale de 72 heures.

Dans les 24 heures suivant l'admission, un examen somatique complet et un examen psychiatrique sont réalisés afin d'évaluer l'état mental et de confirmer la nécessité du maintien des soins. Un certificat médical est alors établi. Le psychiatre rédigeant ce certificat ne doit pas être celui qui a établi le certificat d'admission.

Dans les 72 heures suivant l'admission, un nouveau certificat médical est établi dans les mêmes conditions. Ainsi, trois médecins différents interviennent lors des 72 premières heures de soins sous contrainte. Si les deux certificats concluent au maintien des soins, un psychiatre propose, par un avis motivé, la forme de la prise en charge : maintien en hospitalisation complète ou programme de soins ambulatoires.

b. L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT)

Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être admise sans son consentement et à la demande d'un tiers que si deux conditions cumulatives sont réunies :

- Les troubles mentaux rendent impossibles le consentement du patient
- L'état mental impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale justifiant une hospitalisation complète, soit une autre modalité de prise en charge avec surveillance régulière.

Le Directeur de l'établissement prononce l'admission après vérification de la conformité des documents et de l'identité du patient. La demande d'admission doit être manuscrite, présentée par un membre de la famille ou une personne ayant des liens antérieurs avec le patient (à l'exclusion du personnel soignant de l'établissement). Deux certificats médicaux circonstanciés, datant de moins de 15 jours, doivent accompagner la demande (le premier ne pouvant être rédigé par un médecin de l'EPSM 71). Ils sont circonstanciés et attestent que les conditions cumulatives sont remplies. Les justificatifs d'identité du patient et du tiers doivent être présentés.

c. L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (SDTU)

En cas d'urgence et de risque grave pour l'intégrité du patient, le Directeur de l'EPSM 71 peut prononcer l'admission sur présentation d'une demande d'admission par un tiers, accompagnée d'un seul certificat médical, qui peut être rédigé par un médecin de l'établissement.

d. L'admission en soins psychiatriques – Péril imminent (SPI)

Si la demande d'un tiers ne peut être recueillie et qu'il existe un péril imminent pour la santé du patient, constaté par un médecin, le Directeur peut prononcer l'admission sur la base d'un seul certificat médical, rédigé obligatoirement par un médecin extérieur à l'EPSM 71. Dans ce cas, le Directeur (représenté par la gestion administrative des patients) informe, dans les 24 heures, la famille, et le cas échéant le mandataire judiciaire ou toute personne justifiant de relations antérieures avec le patient.

e. L'admission en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat (SDRE)

Décidée par le préfet du département, elle peut prendre deux formes :

- SDRE de droit commun (L.3213-1 CSP) – admission directe sur décision du préfet. Elle ne peut être prononcée que si deux conditions cumulatives sont réunies :
 - Troubles mentaux nécessitant des soins
 - Troubles compromettant la sûreté des personnes ou portant gravement atteinte à l'ordre public
- SDRE en urgence (L3213-2 CSP) prononcée suite à une décision provisoire du maire. Deux conditions cumulatives :
 - Le comportement de la personne relève des troubles mentaux manifestes
 - Ce comportement présente un danger manifeste pour la sûreté des personnes

Dans le cas du droit commun et de la procédure d'urgence, le médecin qui atteste les troubles et qui rédige le certificat est extérieur à l'établissement d'accueil.

f. Contrôle judiciaire par le juge du siège du tribunal judiciaire de Chalon sur Saône

Une audience systématique est organisée devant le juge du siège du tribunal judiciaire de Chalon-sur-Saône, avant l'échéance de 12 jours d'hospitalisation complète, puis tous les 6 mois. Les audiences se tiennent dans un local mis à disposition par l'EPSM 71.

Un avis médical motivé et les pièces du dossier doivent être transmis avant l'audience. Le patient est assisté ou représenté par un avocat, choisi ou commis d'office.

Le juge décide du maintien ou de la levée de la mesure de soins psychiatriques sans consentement de l'hospitalisation complète. La levée peut être immédiate ou différée, s'il constate que la procédure n'a pas été correctement appliquée conformément aux droits du patient. Cette levée peut prévoir la rédaction d'un programme de soins dans les 24 heures.

g. Registre de la loi

L'EPSM 71 tient un registre, dans lequel sont transcrits dans les 24 heures :

- Les noms, prénoms, profession, âge et domicile des personnes hospitalisées
- La date d'admission
- Le cas échéant, le nom, prénom, profession et domicile du tiers qui a demandé l'admission
- Le cas échéant, la mention d'une mesure de protection juridique
- Les certificats médicaux joints à la demande d'admission, ainsi que la décision d'admission du Directeur ou de son représentant précisant les droits et voies de recours
- Les avis et certificats que le directeur ou son représentant doit adresser aux autorités administratives
- Les dates et décisions rendues par le juge
- Les levées de mesure.

Ce registre est accessible au service de la gestion administrative des patients.

h. Recours contre la décision de soins psychiatriques sous contrainte

Le Directeur ou son représentant avise systématiquement les patients en soins psychiatriques sous contrainte, hospitalisés dans l'établissement, par la remise d'une notification écrite des décisions ou arrêtés, du type de mesure dont ils font l'objet, de la date de prise d'effet de celle-ci ainsi que des délais et voies de recours dont ils disposent à l'encontre de cette mesure, s'ils entendent en contester la forme ou le fond, conformément à l'article L.3211-2 du CSP.

Cette notification, expliquée par un soignant, doit être signée par le patient et retournée dans les 24 heures à la GAP. En cas de refus ou d'incapacité, deux témoins attestent de la remise.

Les conditions de recours devant la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP) et les dates de visite de la commission à l'EPSM 71 sont affichées dans les services et lieux d'accueil. Toute personne hospitalisée peut adresser une réclamation écrite à la commission ou demander à rencontrer un membre. La CDSP assure un rôle d'aide, de recours et de contrôle des droits des personnes présentant des troubles mentaux. Un secrétariat permanent est à disposition des patients, qui peuvent s'y adresser directement par courrier :

C.D.S.P.

Agence Régionale de Santé de Bourgogne Franche Comté
Pôle SPSC – Secrétariat CDSP de la Saône et Loire
Le Diapason 2 place des Savoires
21035 DIJON Cedex

Toute personne hospitalisée peut adresser une réclamation, directement ou par l'intermédiaire de son conseil, au Directeur de l'établissement, au Préfet, au Juge, au Maire de la commune ou au Procureur de la République du ressort où se situe l'établissement. Toute personne souhaitant rencontrer le médecin représentant de cette commission peut se faire connaître auprès du Cadre de Santé de son service.

i. Isolement et contention

Article L.3222-5-1 du CSP

L'isolement et la contention sont des mesures de dernier recours, réservées aux patients en hospitalisation complète sans consentement. Elles ne peuvent être mises en œuvre que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui, sur décision motivée d'un psychiatre, et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque, après évaluation du patient. Leur application doit faire l'objet d'une surveillance stricte, tant somatique que psychiatrique.

La mesure d'isolement est prise pour une durée maximale de douze heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée, dans la limite d'une durée totale de quarante-huit heures, et fait l'objet de deux évaluations par vingt-quatre heures.

La mesure de contention est mise en œuvre dans le cadre d'une mesure d'isolement pour une durée maximale de six heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée, dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre heures, et fait l'objet de deux évaluations par douze heures.

A titre exceptionnel, le médecin peut renouveler, au-delà des durées totales prévues, les mesures d'isolement et de contention. Le directeur de l'établissement informe sans délai le tribunal judiciaire du renouvellement de ces mesures. Le magistrat du siège du tribunal judiciaire peut se saisir d'office pour y mettre fin.

Le médecin informe du renouvellement de ces mesures au moins un membre de la famille du patient (en priorité son conjoint, le partenaire lié à lui par un pacte civil de solidarité, son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt), dans le respect de la volonté du patient et du secret médical et systématiquement la personne en charge de la protection s'il y en a une.

Le Directeur saisit le juge avant l'expiration de la soixante-douzième heure d'isolement ou de la quarante-huitième heure de contention, si l'état de santé du patient rend nécessaire le renouvellement de la mesure au-delà de ces durées.

Le juge statue dans un délai de vingt-quatre heures à compter du terme des durées prévues et ordonne la mainlevée de la mesure si les conditions ne sont plus réunies.

Un registre dématérialisé des mesures d'isolement et de contention est tenu. Pour chaque mesure, sont inscrits : le nom du psychiatre ayant pris la décision, la date, l'heure, la durée et les noms des professionnels ayant assuré la surveillance. Ces mesures sont également mentionnées dans le dossier du patient.

5.2.2.4. Admission de patients détenus

Lorsque l'état de santé mentale d'une personne détenue au Centre pénitentiaire du département est incompatible avec son maintien en détention, une admission à l'EPSM 71 est organisée dans les conditions fixées par les articles L.3214-3 du code de la santé publique et D.398 du code de procédure pénale.

L'admission est prononcée par arrêté du représentant de l'État du département, sur la base d'un certificat médical circonstancié, établi par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil. Cette admission se fait dans le cadre d'une procédure de SDRE. L'arrêté peut prévoir une escorte de gendarmerie lors du transfert.

Le transfert est organisé par le Directeur de l'établissement ou son représentant, dès réception de l'arrêté, avec le personnel soignant nécessaire et un véhicule sanitaire adapté. Le Directeur ou son représentant recueille auprès du chef d'établissement pénitentiaire toutes informations utiles sur la dangerosité du patient et les risques d'évasion, via un formulaire-type. En cas de difficulté, le Directeur peut solliciter le chef de l'administration pénitentiaire et les forces de l'ordre et doit signaler tout incident aux autorités compétentes. La gendarmerie territorialement compétente est informée de l'admission du détenu à l'EPSM 71.

Les règles applicables aux détenus hospitalisés sont les suivantes :

- Les patients détenus ne peuvent bénéficier de soins ambulatoires.
- Ils n'ont en aucun cas accès à un téléphone pour communiquer avec l'extérieur.
- Le courrier reçu est acheminé à la maison d'arrêt pour contrôle, conformément au code de procédure pénale.
- Les visites ne sont possibles qu'après accord de l'autorité préfectorale à l'origine de l'hospitalisation. Les demandes doivent être adressées à la maison d'arrêt, qui transmet à la préfecture.

5.2.2.5. Admission d'un mineur

Articles L. 1111-2, L. 1111-5, L.2212-4, L.2212-7, L.3211-10, L.3211-1, L.3213-1, L.3211-12 et L.3213-9,

Articles R. 1112-34 à R. 1112-36 du CSP

L'admission d'un mineur est prononcée à la demande des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur légal. En cas de désaccord, le juge aux affaires familiales statue. L'admission sur ordonnance de placement provisoire (OPP) est effectuée par le Directeur ou son représentant, avec l'accord du médecin responsable de l'unité de soins et sous réserve de place disponible, pour une durée maximale de 15 jours (renouvelable si nécessaire). Les hospitalisations libres sont privilégiées, les SDRE devant rester exceptionnels.

Les parents ou le tuteur sont informés du traitement envisagé par le médecin et leur autorisation est recueillie. Toute modification importante du traitement nécessite leur information et leur accord. Le médecin peut se dispenser du consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale si le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé du mineur, notamment si ce dernier s'oppose à ce que ses parents soient informés, afin de préserver le secret sur son état de santé.

a. *Mineurs relevant de l'aide sociale à l'enfance*

Situation où les parents sont titulaires de l'autorité parentale

Lorsque les enfants bénéficient de l'aide sociale à l'enfance et que les parents sont titulaires de l'autorité parentale, l'admission est prononcée à la demande des parents. Si les parents ne peuvent être joints en temps utile, l'admission est demandée par le service de l'aide sociale à l'enfance

Situation où les parents ne jouissent pas de l'autorité parentale

Lorsque les enfants bénéficient de l'aide sociale à l'enfance et que les parents ne jouissent plus de l'autorité parentale, l'admission est prononcée par le service de l'aide sociale à l'enfance.

b. Situation des pupilles de l'Etat

Lorsque les enfants sont pupilles, le préfet exerce l'autorité parentale. C'est alors la délégation territoriale de l'Agence Régionale de Santé qui demande l'admission de l'enfant à l'hôpital.

c. Admission des mineurs en urgence

Les pédiatres des services hospitaliers du département admettent des mineurs dans les services de pédiatrie. Les admissions à l'EPSM 71 sont prononcées par le directeur d'établissement sur indication médicale du pédopsychiatre du service, ou de permanence de soins, ou psychiatre d'astreinte de l'établissement. Les admissions en pédopsychiatrie s'effectuent de manière programmée et non en urgence après recueil des accords parentaux.

En cas d'urgence, le médecin doit donner au patient mineur les soins qui s'imposent. Toutes mesures utiles sont prises pour que la personne exerçant l'autorité parentale ou un membre de la famille soit informé dans les meilleurs délais de l'hospitalisation d'un mineur reçu en urgence.

Le dossier d'admission doit mentionner la personne exerçant l'autorité parentale et, plus particulièrement, le droit de garde. Dans tous les cas, cette personne doit être tenue informée de l'admission dans les meilleurs délais.

Les mineurs ne peuvent refuser leur hospitalisation. Seule la personne exerçant l'autorité parentale peut signer un refus d'admission. Les mineurs sont informés des actes et examens nécessaires, selon leur âge et leur capacité de compréhension, en complément de l'information donnée à leurs représentants légaux.

5.2.3. Le séjour du patient et des personnes accompagnées

5.2.3.1. L'accueil

Dès son arrivée dans l'établissement, ou dès que son état le permet, l'usager reçoit le livret d'accueil qui contient toutes les informations utiles sur les conditions de séjour et l'organisation de l'établissement. Les dispositions de la charte du patient hospitalisé sont insérées dans ce livret pour les patients.

Le recensement des professionnels de l'établissement s'exprimant en diverses langues étrangères ou pratiquant le langage des signes est effectué par le service qualité et gestion des risques. Il est possible de recourir à un interprète si nécessaire.

5.2.3.2. Les soins somatiques

L'EPSM 71 dispose d'une unité intersectorielle de médecine somatique (UIMS). Un examen somatique est réalisé à l'admission. Des consultations sont dispensées à l'UIMS, dans les unités d'hospitalisation ou les structures médico-sociales aux personnes le nécessitant.

Les patients peuvent aussi bénéficier de soins dentaires et d'une prise en charge en kinésithérapie pendant leur séjour. Les soins dentaires des personnes accompagnées sont effectués dans des cabinets dentaires privés ou dans le cadre de dispositif tel Handiconsult.

5.2.3.3. Les référents handicap

Décret 2022-1679 du 27 décembre 2022 relatif aux missions et au cadre d'intervention du référent handicap

L'EPSM 71 a désigné deux référents handicap au bénéfice des usagers. Les référents peuvent intervenir en amont de l'hospitalisation, au cours de celle-ci ou à la sortie du patient. Leur mission principale est d'assurer la continuité du parcours de soins, de faire le lien avec les partenaires de soins et sociaux et de favoriser la place des aidants.

Les référents handicap peuvent être contactés par mail à l'adresse suivante : referent.handicap@epsm71.fr.

5.2.3.4. Conditions de séjour

a. *Règles générales*

La vie hospitalière implique le respect, par chaque usager, des règles essentielles de vie en collectivité. A ce titre, il doit veiller à ne pas gêner, par ses propos ou son comportement, les autres usagers ou le fonctionnement du service, et à maintenir en bon état les locaux et les objets mis à sa disposition.

b. *Vêtements, linge et effets personnels*

L'entretien des effets personnels du patient sont à sa charge ou à celle de sa famille. Les patients doivent prévoir, pour leur séjour, du linge personnel et le nécessaire de toilette. Une armoire et un placard sont mis à disposition dans chaque chambre. Le linge de lit est fourni par l'établissement. L'entretien du linge personnel peut être pris en charge par la lingerie de l'établissement.

c. *Repas et prise en charge nutritionnelle*

Les horaires des repas et les menus sont affichés dans les unités. Les repas sont pris en commun, sauf exception, en salle à manger, aux horaires prévus dans chaque unité de soins. Les menus sont élaborés par l'équipe de restauration et la diététicienne. Un régime adapté peut être prescrit si nécessaire.

Le Comité de Liaison, d'Alimentation et de Nutrition (CLAN) met en œuvre des actions pour améliorer la prise en charge nutritionnelle des patients hospitalisés.

Les repas apportés par les familles ne peuvent être garantis sur le plan sanitaire par l'établissement et doivent faire l'objet d'un signalement auprès du personnel soignant afin de garantir la sécurité du patient pour lequel il peut exister des contre-indications. L'équipe soignante doit être informée des aliments, boissons ou préparations culinaires provenant de l'extérieur, le mentionnera dans le dossier patient.

Les denrées périssables doivent être consommées dans les deux heures maximum suivant leur livraison et ne peuvent pas être conservées pour une consommation ultérieure. Elles ne doivent pas être partagées avec d'autres patients. Les restes doivent être systématiquement jetés.

Un patient ayant commandé un repas auprès d'un prestataire extérieur doit aller chercher sa commande à l'entrée de l'établissement. Toute personne partageant son repas avec un autre patient engage sa responsabilité.

Dans les structures médico-sociales (EHPAD et MAS), le résident peut partager son repas avec un membre de sa famille ou un proche. Un membre de l'équipe doit transmettre la commande au minimum 72 heures à l'avance au service cuisine. Le règlement du repas s'effectue auprès des services économiques.

d. *Médicaments et boissons alcoolisées*

Article R1112-48 du CSP

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

Les médicaments détenus et ordonnances en cours doivent être remis au personnel soignant de l'unité.

Les médicaments sont remis aux patients à leur sortie, sauf avis contraire du médecin.

L'alcool qui sera découvert sera détruit.

e. Tabac et vapotage

Décret du 15 novembre 2006 et Décret du 25 avril 2017 relatifs à l'interdiction de fumer et de vapoter dans les lieux à usage collectif

L'EPSM 71 est engagé dans une démarche « Lieu de Santé Sans Tabac ». À ce titre, le tabagisme et le vapotage ne sont autorisés qu'à l'extérieur des unités. Le soir et la nuit, le personnel soignant invite le patient à privilégier le sommeil mais celui-ci peut sortir sur la terrasse s'il souhaite fumer. Un briquet électronique est mis à disposition sur les terrasses. Une aide au sevrage tabagique peut être proposée.

Une signalétique a été installée aux entrées des unités et sous les galeries. Des espaces non-fumeurs sont identifiés devant les unités. Des cendriers spécifiques ont été installés à des fins de sensibilisation et de pédagogie pour les patients et professionnels.

f. Stupéfiants et produits dérivés

Instruction DGOS/DSR/mission des usagers n° 2011-139 du 13 avril 2011 relative à la conduite à tenir en cas de détention illégale de stupéfiants par un patient accueilli dans un établissement de santé.

Le cannabidiol (CBD), les produits dérivés et toute substance classée comme stupéfiant sont strictement interdits au sein de l'établissement. La détention de tels produits constitue un délit. Lorsqu'une situation de ce type est constatée, les professionnels de santé en informent immédiatement le Directeur d'établissement. Les substances illicites sont alors confisquées et un rappel à la loi est adressé à la personne concernée. Les produits saisis sont remis, contre récépissé, à la pharmacie de l'établissement avant d'être transmis aux forces de l'ordre. Dans ce cadre, le Directeur conserve la possibilité d'exercer son pouvoir de police.

g. Armes

Article 132-75 du code pénal

**Loi n° 2012-304 du 6 mars 2012 relative à l'établissement d'un contrôle des armes moderne, simplifié et préventif
Code de procédure pénale, articles 15-3 et 40 ;**

Décret n° 2018-542 du 29 juin 2018 relatif au régime de la fabrication, du commerce, de l'acquisition et de la détention des armes

Les visiteurs et les patients ne doivent introduire ni armes, ni munitions, ni autres objets prohibés au sein de l'établissement. Leur détention et usage sont punissables par la loi. Le cas échéant, ils seront saisis et remis aux forces de l'ordre, conformément aux procédures réglementaires en vigueur.

Lors de leur admission, les patients sont invités à déposer tout objet dangereux ou illicite qu'ils peuvent détenir. Le personnel soignant veille à l'application de cette mesure de dépôt obligatoire. En cas de difficulté ou d'opposition, le Directeur ou son représentant pourra solliciter les autorités de police habilitées à procéder aux fouilles.

Le Directeur ou son représentant placera les armes saisies au coffre de l'hôpital et contactera la gendarmerie pour leur remise contre récépissé.

h. Droit à l'image

Il est interdit de photographier, filmer ou enregistrer du son dans l'enceinte de l'établissement sans accord préalable de la direction.

Toute personne dispose d'un droit exclusif sur son image et son utilisation, et peut s'opposer à sa reproduction sans son autorisation expresse. La transmission, diffusion, reproduction ou tout traitement de l'image d'une personne sans son autorisation est interdite. Un formulaire d'autorisation au droit à l'image doit être rempli.

i. Téléphonie / ordinateur

L'utilisation des téléphones portables, ordinateurs ou multimédias est autorisée aux patients sauf restriction médicale. Le téléphone portable est toléré dans l'unité en respectant la charte relative à son utilisation (charte affichée dans le service). Les communications téléphoniques peuvent être limitées sur prescription médicale.

j. Services à disposition des patients et des personnes accompagnées

Télévision

La télévision est disponible dans les espaces de vie de chaque unité.

Casiers

Un casier fermé à clés est mis à disposition de chaque usager lors de son admission, situé dans les salles communes de chaque unité.

Courrier

Toute personne hospitalisée peut émettre et recevoir du courrier, distribué et relevé dans les unités. Tout courrier doit être affranchi au tarif en vigueur.

Colis

Les colis livrés par la Poste sont déposés au service de la GAP. Il est procédé à leur enregistrement dans un registre. L'agent de la GAP prévient l'unité de la réception d'un colis. Le patient et/ou le patient accompagné d'un soignant de l'unité va récupérer le colis au service de la GAP.

Les colis livrés par d'autres transporteurs ne transitent pas par la GAP. Le transporteur contacte directement le patient qui va chercher son colis à l'entrée de l'établissement.

L'inspection des colis sans l'accord du patient n'est pas autorisée.

Cafétéria

La cafétéria s'adresse au public fréquentant le site. Elle offre un service de restauration (boissons chaudes et froides, snacking, glaces) et d'autres services annexes (vente de produits de première nécessité). Elle est ouverte tous les jours. Des activités à destination des patients y sont organisées (loto, jeux de société, babyfoot).

5.2.3.5. Les obligations des usagers et de leurs proches

a. Respect envers les professionnels

Les patients, les personnes accompagnées, leurs familles et visiteurs doivent en toutes circonstances respecter les règles élémentaires de civilité envers le personnel de l'établissement. Tout manquement à ces règles ne saurait être toléré. Le manque de respect envers le personnel peut conduire le Directeur à prendre des mesures à l'encontre de l'usager responsable. En cas de manquement grave, le directeur, dans le cadre de la protection due aux fonctionnaires, peut porter plainte auprès du Procureur de la République.

À ce titre, les dispositions du Code Pénal relatives aux outrages (article 433-5) et aux violences (article 222-13) commises à l'encontre des agents publics s'appliquent pleinement aux personnels de l'établissement dans l'exercice de leurs fonctions.

b. Respect des équipements

Le patient et la personne accompagnée ont le devoir de préserver l'état des locaux et du matériel mis à leur disposition. Leur comportement et leur propos ne doivent pas perturber les autres usagers ni entraver le bon fonctionnement du service. L'usager est responsable financièrement de tout dommage matériel qu'il pourrait causer.

L'établissement est assuré pour les dommages causés par son propre fait, mais aussi causés par les personnes dont il doit répondre, ou par les biens qu'il a sous sa garde. En cas de troubles persistants causés par un usager dûment averti, le Directeur ou son représentant prend, en partenariat et avec l'accord du médecin responsable de la structure concernée, toutes les mesures appropriées, pouvant aller jusqu'à la sortie de l'intéressé, sous réserve que son état de santé le permette.

c. Les visites

Le patient et la personne accompagnée peuvent recevoir les visites de leur choix et s'opposer à certaines visites, en les signalant au cadre de l'unité. Les horaires de visite sont communiqués par le cadre de santé de l'unité. Des aménagements peuvent être prévus en cas de contre-indication médicale ou de nécessité familiale.

Les visiteurs et accompagnants doivent respecter le repos des usagers et le fonctionnement des services. En cas de non-respect, le Directeur peut prononcer l'exclusion ou l'interdiction de visite.

L'accès des journalistes, photographes, démarcheurs et représentants auprès des usagers est interdit, sauf en cas d'accord écrit de l'usager, assorti de l'autorisation du directeur, donnée après avis du médecin responsable du service.

De la même manière, les conseillers juridiques des usagers (par exemple avocats ou notaires) doivent obtenir une autorisation selon cette même procédure.

Enfin, les associations ou organismes souhaitant envoyer des visiteurs bénévoles doivent, avant toute intervention, obtenir l'agrément du Directeur, après avis du praticien concerné.

Les animaux domestiques sont interdits dans l'enceinte de l'établissement. Toutefois, une dérogation est possible :

- Conformément à la loi n°2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie, les personnes hébergées en EHPAD et en MAS ont le droit d'accueillir leur animal de compagnie, sauf avis contraire du Conseil de la Vie Sociale (CVS) ou contre-indication médicale ou d'hygiène. Les modalités pratiques sont précisées par le règlement de fonctionnement de chaque structure.
- Avec une autorisation expresse de l'équipe soignante conformément aux modalités définies par le service d'hygiène.

5.2.4. La sortie du patient

5.2.4.1. Décision de sortie

En soins libres, la sortie est de droit dès lors que le patient en fait la demande, sauf opposition médicale.

En soins sans consentement, la décision de sortie repose sur une évaluation médicale du psychiatre qui atteste que l'état de santé du patient ne justifie plus le maintien de la mesure. Sur la base de cet avis médical, le directeur de l'établissement prend la décision administrative mettant fin à la mesure d'hospitalisation ou de soins sans consentement.

Lorsque l'état du patient nécessite un transfert dans un autre établissement assurant des soins adaptés, l'établissement prend le cas échéant toutes mesures utiles pour permettre ce transfert. Sauf opposition de l'intéressé, les proches sont informés de ce transfert dans les meilleurs délais.

5.2.4.2. Formalités de sortie et lettre de liaison

Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison

Article R1112-1.1, R 1112-1-2 du CSP

La sortie donne lieu à la remise au patient d'un bulletin de sortie indiquant les dates de l'hospitalisation. Ce bulletin ne doit comporter aucun diagnostic, ni aucune mention d'ordre médical relative aux motifs de l'hospitalisation.

Conformément à la réglementation en vigueur, une lettre de liaison rédigée par le médecin référent est remise au patient sortant et, avec son accord, transmise le jour même au médecin traitant et/ou au praticien adresseur.

5.2.4.3. Sortie d'un mineur

Sous réserves de décisions judiciaires, les mineurs ne peuvent sortir, durant l'hospitalisation, qu'accompagnés de leur père, mère, tuteur ou d'une personne expressément désignée par eux.

En cas de sortie d'un mineur sans autorisation et à l'insu du personnel, l'établissement prévient la famille et les forces de l'ordre compétentes.

Les représentants légaux sont informés de la sortie prochaine du mineur. Ils doivent indiquer par écrit à l'administration si le mineur est autorisé à quitter seul l'établissement.

5.2.4.4. Sortie contre avis médical

A l'exception des mineurs, les patients en soins libres peuvent quitter à tout moment l'établissement. Si le médecin estime la sortie prématurée et dangereuse, l'intéressé n'est autorisé à quitter l'établissement qu'après avoir rempli une attestation déchargeant l'hôpital de toute responsabilité quant aux suites de cette décision. En cas de refus de signature, une mention de la décharge est portée au dossier.

5.2.4.5. Sortie sans autorisation

La sortie sans autorisation, réalisée à l'insu du service, expose à des risques graves.

Pour les patients admis en soins libres, l'administrateur de garde et la famille sont informés, ainsi que le psychiatre de l'unité ou le praticien d'astreinte.

Si le patient est mineur, majeur protégé ou hospitalisé sous contrainte, ou s'il existe un danger lié à son état de santé, les forces de l'ordre doivent être prévenues de la disparition.

5.2.4.6. Non-retour de permission

La permission est accordée après évaluation médicale du patient. Le médecin peut autoriser une permission dans une période donnée et sans accompagnement soignant.

En cas de non-retour, l'équipe médicale et paramédicale réévalue la situation et peut, si nécessaire, déclencher un signalement aux autorités.

Pour les patients hospitalisés en soins libres, une sortie à l'insu du service peut de manière exceptionnelle, nécessiter un signalement selon l'appréciation de l'état de santé du patient.

5.2.4.7. Sortie disciplinaire

Article 1112-49 du code de la santé publique

Lorsqu'un patient, dûment averti, cause des désordres persistants, le directeur prend, avec l'accord du médecin, toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement jusqu'au prononcé de la sortie de l'intéressé. Une proposition alternative de soins doit être faite au patient pour assurer la continuité des soins.

5.2.4.8. Sortie d'une hospitalisation sans consentement

a. Sorties d'hospitalisation

Sous réserve de dispositions spécifiques, les règles de sortie des hospitalisations libres s'appliquent aux hospitalisations sans consentement. Ces dispositions ne concernent pas les détenus.

b. Sorties de courte durée

Sur avis favorable d'un psychiatre, des autorisations de sortie de courte durée peuvent être accordées :

- Autorisation de sortie de moins de 48 heures non accompagnée
- Autorisation de sortie de moins de 12 heures accompagnées par des professionnels, membres de la famille ou personne de confiance.

c. Sorties dans l'enceinte de l'établissement

Le médecin psychiatre, après examen clinique du patient, détermine s'il présente une contre-indication aux sorties dans le parc et en détermine les modalités.

Le médecin renseigne l'autorisation de sortie dans le parc du patient dans le dossier patient informatisé, en précisant les modalités suivantes :

- Sortie seule
- Sortie accompagnée par un soignant
- Sortie accompagnée par un proche ou membre de la famille

Toute modification doit faire l'objet d'une actualisation dans le dossier patient informatisé.

Les équipes soignantes consignent dans le dossier patient tout incident ou difficulté survenu lors des sorties.

Pour les modalités de surveillance des sorties dans le parc, il convient de se référer au protocole en vigueur.

d. Programme de soins ambulatoires

Lorsque les soins prennent une autre forme que l'hospitalisation complète, un programme de soins doit être établi par un psychiatre de l'établissement. Ce programme permet l'accès à l'alternative à l'hospitalisation complète : les soins ambulatoires. L'élaboration du programme de soin est réalisée au cours d'un entretien avec le patient. Le psychiatre y recueille l'avis du patient, et lui délivre un certain nombre d'informations.

Le psychiatre informe le patient :

- Du projet de décision le concernant et lui permet de faire valoir ses observations
- Que le programme de soins peut être modifié à tout moment pour tenir compte de l'évolution de son état de santé
- Qu'en cas d'inobservance du programme, il y a la possibilité de proposer l'hospitalisation complète si une dégradation de l'état est constatée.

La mention de cet entretien est portée sur le programme de soins et au dossier médical du patient.

Le patient se voit notifier l'arrêté préfectoral ou la décision de prise en charge en soins ambulatoires et une copie de son programme de soins. Ces documents lui sont remis par un membre de l'équipe soignante assurant la prise en charge du patient.

e. Transfert provisoire en hôpital général

Lorsque l'état d'une personne hospitalisée sans son consentement nécessite son transfert provisoire dans un établissement de santé pratiquant d'autres disciplines, l'EPSM 71 continue à assurer la surveillance de l'intéressé, sauf s'il peut être mis fin à l'hospitalisation sans consentement.

f. Sortie sur décision du juge

Lorsqu'il existe une mesure de soins psychiatriques sous contrainte, le juge peut, à l'issue d'une audience systématique ou d'une audience à la demande du patient ou d'une personne habilitée, décider soit de transformer l'hospitalisation complète en programme de soins tout en maintenant les soins sous contrainte, soit de lever la mesure de soins sous contrainte, rendant alors le patient libre de poursuivre ses soins, en hospitalisation complète ou non.

g. Sortie d'un patient relevant d'une mesure de SDT

Il peut être mis fin à la mesure d'hospitalisation prise en application de l'article L.3212-1 ou de l'article L.3212-3 du CSP dès qu'un psychiatre de l'établissement certifie que les conditions de l'hospitalisation sur demande d'un tiers ne sont plus réunies et en fait mention dans un certificat circonstancié.

Toute personne susceptible d'intervenir dans l'intérêt de la personne hospitalisée peut demander la levée des soins sans consentement. Cette demande est alors transmise au médecin référent du patient, qui peut s'y opposer selon l'état clinique de la personne. Dans ce cas, le directeur informe le demandeur de la décision de refus de levée et de son droit de saisir le juge du siège du tribunal judiciaire de Chalon sur Saône

Dans les 24 heures qui suivent la fin de cette mesure d'hospitalisation, le directeur ou son représentant en informe le représentant de l'Etat dans le département, la CDSP et la personne qui a demandé l'hospitalisation.

h. Sortie d'un patient relevant de SDRE

Toute proposition de levée de mesure émise par le psychiatre est transmise sous 24 heures au Préfet, qui prononce la levée dans un délai de 3 jours ou sollicite sans délai un second avis médical. Ce deuxième avis, émis par un autre psychiatre, doit être transmis dans les 72 heures.

Si ce second avis confirme la demande initiale de levée, le Préfet suit cette décision. En revanche, si ce second avis propose le maintien en hospitalisation complète, le Préfet maintient la mesure. Le directeur ou son représentant saisit alors le Juge du siège du tribunal judiciaire de Chalon-sur-Saône qui statue « à bref délai ».

5.3. LE DECES DU PATIENT OU DE LA PERSONNE ACCOMPAGNEE

5.3.1. La fin de vie

Dès l'admission, les professionnels doivent s'assurer que les coordonnées des personnes à prévenir en cas de décès sont bien consignées dans le dossier de l'usager.

Lorsque le décès est envisagé à court terme, le médecin en informe la famille, puis le cadre de santé et, le cas échéant le mandataire judiciaire, afin d'aborder les modalités pratiques : transport, rites religieux et préparation au deuil. La personne doit alors bénéficier, en priorité, d'une chambre individuelle.

5.3.2. Information sur le décès et formalités

Le décès est constaté par un médecin, qui établit le certificat de décès dématérialisé dans Cert-DC (via le portail). Ce document est transmis au service de la gestion administrative des patients (GAP).

La famille ou la personne de confiance désignée est informée du décès médicalement constaté, dans les meilleurs délais et par tous moyens appropriés.

La famille doit se présenter dans l'établissement dans les meilleurs délais pour fournir au service de la GAP le livret de famille et une pièce d'identité de la personne décédée.

Conformément à l'article 80 du Code Civil, les décès sont inscrits sur un registre spécial, disponible au service de la GAP. La déclaration de décès est transmise dans les 24 heures au bureau d'état civil de la mairie de Sevrey.

En cas de signes ou d'indices de mort violente et/ou inattendue, l'autorité judiciaire est avisée immédiatement par le directeur prévenu par le médecin du service.

5.3.3. Chambre mortuaire

L'EPSM 71 dispose d'une chambre mortuaire où le corps du défunt est déposé après que la toilette mortuaire réalisée par le personnel soignant. Les familles peuvent être accueillies dans ce local, accompagnées d'un soignant du service.

5.3.4. Transport de corps avant mise en bière

La famille doit faire connaître sa décision concernant le choix du transport du corps avant mise en bière.

Le maire de la commune peut autoriser ce transport à résidence ou vers une chambre funéraire, sans mise en bière, à condition qu'il n'y ait pas d'opposition de l'établissement (accord écrit du médecin et du directeur) et que le transport répond à une demande écrite formulée par un membre de la famille ou une personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles.

Conformément aux articles R.2213-7 et suivants du Code Général des Collectivités Territoriales, le transport du corps avant mise en bière doit être réalisé dans les vingt-quatre heures qui suivent le décès ou dans les quarante-huit heures si le corps a subi des soins de conservation réalisés par une entreprise funéraire agréée.

5.3.5. Inventaire au décès de la personne

Les biens demeurés auprès de la personne font l'objet d'un inventaire dans l'unité. Ils sont conservés de façon distincte selon leur nature :

- Sous la responsabilité du régisseur : argent, bijoux et valeurs sont déposés à la caisse de l'hôpital puis transmis au comptable public, qui les restituera aux héritiers sur présentation d'un certificat d'hérité ou d'un acte notarié, selon leur valeur.
- Sous la responsabilité du cadre de santé : vêtements et effets personnels sont remis à la famille.

La mission du mandataire judiciaire à la protection des majeurs prend fin dès la constatation du décès.

5.3.6. Liberté des funérailles

Le droit d'organiser librement ses funérailles et de choisir son mode de sépulture est une liberté fondamentale. Chacun peut exprimer ses volontés soit dans un testament, soit en souscrivant un contrat d'obsèques.

CHAPITRE 6 : DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

6.1. PRINCIPES FONDAMENTAUX

6.1.1. Continuité du service public

L'obligation d'assurer la continuité du service public impose au personnel de prendre ses fonctions à l'heure prévue et de ne quitter le service qu'après la relève. La continuité du service public hospitalier peut nécessiter le recours aux astreintes, permettant d'assurer la sécurité et le fonctionnement des installations, lorsque ces interventions ne peuvent être assurées par le personnel en poste. Les personnels d'astreinte doivent pouvoir être contactés pendant toute la durée de l'astreinte à la charge de l'établissement.

Le Directeur détermine la liste des activités, des services, des catégories de personnel concernés par les astreintes, ainsi que les modalités d'organisation.

6.1.2. Neutralité et laïcité

*Articles L121-1 et L121-2 du Code général de la fonction publique
Circulaire n° DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé
Décret n° 2021-1802 du 23 décembre 2021 relatif au référent laïcité dans la fonction publique*

Dans l'exercice de leurs fonctions, les agents sont tenus à une obligation de neutralité et doivent respecter le principe de laïcité. Manifester ses convictions religieuses dans l'exercice de ses fonctions, notamment par le port de signes ostensibles, constitue un manquement à cette obligation et peut entraîner des poursuites disciplinaires.

Toute forme de prosélytisme ou de propagande auprès des agents ou des usagers est interdite. Aucune discrimination dans l'accès à l'emploi public ou dans la carrière des agents n'est tolérée. Tout agent du service public incarne ces valeurs et doit faire preuve d'exemplarité dans l'exercice de ses fonctions. Il doit traiter tous les usagers de manière égale et respecter leur liberté de conscience.

Conformément au décret n° 2021-1802 du 23 décembre 2021, l'EPSM 71 a désigné un référent laïcité, chargé de conseiller tout agent ou responsable de service sur le respect du principe de laïcité.

Le référent est joignable via la boîte mail : referentlaicite@epsm71.fr.

6.2. PRINCIPES ET OBLIGATIONS FONDAMENTAUX RELATIFS AU RESPECT DU PATIENT ET DE LA PERSONNE ACCOMPAGNEE

6.2.1. Attitude envers l'usager, sa famille et ses proches

Les professionnels de l'EPSM 71 ont l'obligation de respecter :

- La charte de la personne hospitalisée affichée dans les unités de soins,
- La charte des droits et libertés de la personne accueillie affichée à l'EHPAD et à la MAS.

Ils ont également l'obligation de répondre aux demandes d'information des usagers, de leurs familles ou de leurs proches en toutes circonstances et dans le respect des règles énoncées dans le présent règlement.

Le personnel doit s'abstenir de tout propos susceptible de troubler la sécurité, le calme ou la sérénité nécessaires à la vie hospitalière, en présence des usagers ou des visiteurs.

Les familles et proches doivent être accueillis avec tact et bienveillance en toutes circonstances. Le libre choix de l'usager ou de sa famille, notamment concernant le recours à des entreprises privées de transport sanitaire ou à des opérateurs funéraires, doit être strictement respecté.

6.2.2. Respect de la personne et de son intimité

Le respect de l'intimité des personnes doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des brancardages et d'une manière générale tout au long du séjour hospitalier.

Aucun usager ne peut être sollicité pour participer à une présentation de cas à des étudiants ou stagiaires sans son consentement préalable. Le refus de l'usager doit être respecté. Les professionnels et visiteurs doivent frapper avant d'entrer dans une chambre et n'y pénétrer qu'après y avoir été invités, dans la mesure du possible. Le tutoiement et toute forme de familiarité avec l'usager sont proscrits, sauf accord explicite de ce dernier.

L'EPSM 71 veille à la tranquillité des usagers et à la réduction des nuisances (bruit, lumière...), en particulier lors des périodes de repos.

6.2.3. Lutte contre la douleur

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental. Le personnel soignant doit prévenir, évaluer, prendre en compte, traiter et tracer la douleur du patient et de la personne accompagnée en toutes circonstances. L'établissement a mis en place une politique de prise en charge de la douleur formalisée dans le protocole DOU PG 002 intégré dans la base documentaire.

6.2.4. Secret professionnel

Les professionnels de l'EPSM 71 sont tenus au secret professionnel concernant tous faits, informations ou documents dont ils ont connaissance dans l'exercice de leurs fonctions. La confidentialité des informations relatives aux usagers est une obligation absolue. Toute violation, même par imprudence et sans préjudice, constitue un délit pénal.

6.2.5. Information des familles sur les décisions importantes

Les familles et/ou la personne de confiance sont informées, chaque fois que nécessaire et en temps utile, des décisions importantes concernant l'usager (changement de service, intervention chirurgicale, transfert vers un autre établissement, sortie...).

Sauf urgence médicale, ces informations sont communiquées aux personnes concernées avant la mise en œuvre de la décision.

6.2.6. Obligation de discréction professionnelle et devoir de réserve

Au-delà du secret professionnel, les agents sont astreints à la discréction professionnelle sur tous les faits, informations et documents connus dans l'exercice de leurs fonctions. En dehors des cas prévus par la réglementation (ex. : accès aux documents administratifs), seule une décision expresse du directeur peut lever cette obligation.

Les personnels doivent faire preuve de réserve dans l'expression de leurs opinions et s'abstenir de tout propos ou comportement susceptible de choquer ou d'importuner usagers, visiteurs ou autres professionnels de l'établissement.

6.2.7. Interdiction de diffuser des propos injurieux ou diffamatoires sur les réseaux sociaux

Toute publication de propos injurieux ou diffamatoires à l'encontre de l'établissement ou de son personnel sur les réseaux sociaux est passible de sanction disciplinaire.

6.2.8. Attitude envers les usagers

Les professionnels de l'établissement s'efforcent, quels que soient leurs grades ou leurs fonctions, d'assurer le confort physique et moral des patients et des personnes accompagnées. Chaque personne a droit au respect de sa dignité, de ses valeurs, croyances et culture.

L'accueil et l'information des familles et des usagers doivent se faire avec tact et courtoisie en toutes circonstances. L'intimité de l'usager doit être préservée lors des soins, toilettes, consultations ou visites médicales et d'une manière générale tout au long de son séjour hospitalier.

6.2.9. Protection des lanceurs d'alerte

Décret n° 2022-1284 du 3 octobre 2022 relatif aux procédures de recueil et de traitement des signalements émis par les lanceurs d'alerte et fixant la liste des autorités externes instituées par la loi n° 2022-401 du 21 mars 2022 visant à améliorer la protection des lanceurs d'alerte.

Un lanceur d'alerte est une personne physique qui signale ou divulgue, sans contrepartie financière directe et de bonne foi, des informations portant sur un crime, un délit, une menace ou un préjudice pour l'intérêt général. Lorsque le signalement est effectué dans un cadre professionnel, il n'est pas exigé du lanceur d'alerte qu'il ait une connaissance personnelle des faits. Les règles relatives au secret médical restent néanmoins applicables. La protection des lanceurs d'alerte est assurée dans le cadre de la loi n°2022-401 du 21 mars 2022.

Pour signaler un problème, il faut envoyer un courrier au directeur qui organisera l'enquête et donnera réponse au terme de la procédure.

6.3. PRINCIPES DE BONNE CONDUITE PROFESSIONNELLE

6.3.1. Tenue générale de service

Dans l'exercice de leurs fonctions, les professionnels de l'établissement doivent adopter une conduite irréprochable et une tenue correcte. Par mesure d'hygiène, il est recommandé d'attacher ses cheveux et de ne pas porter de bijoux.

La tenue professionnelle, fournie et entretenue par l'établissement, est un signe de respect envers les usagers. Elle doit être portée pendant toute la durée du service et ne doit pas être emportée à domicile. Le port de la tenue est interdit au restaurant du personnel et à l'extérieur de l'EPSM 71 lorsque le professionnel n'est pas en service. L'attribution des tenues est adaptée à la quotité de travail de l'agent pour garantir une hygiène vestimentaire optimale.

6.3.2. Identification du personnel

Chaque professionnel porte une étiquette sur la tenue de travail indiquant le nom de l'établissement, son logo, le prénom, l'initiale du nom de famille et la fonction de l'agent. Un badge d'identification est également remis à chaque agent, à porter lors de l'exercice des missions en dehors du port de la tenue professionnelle, afin d'assurer une identification claire par les patients, résidents, visiteurs et autres professionnels.

6.3.3. Interdiction de consommer ou d'introduire de l'alcool et des produits de la famille des cannabinoïdes sur le lieu de travail

Il est strictement interdit aux professionnels d'introduire ou de consommer de l'alcool sur le lieu de travail. Les agents ne doivent pas se présenter sur leur lieu de travail en état d'ébriété ou avec une altération de la conscience liée à la consommation d'alcool ou de substances psychotropes.

Sauf prescription médicale, la consommation de cannabidiol (CBD) ou de tout produit dérivé est également prohibée sur le lieu de travail. Tout manquement à ces règles expose l'agent à des sanctions disciplinaires.

6.3.4. Interdiction de fumer

Il est interdit de fumer ou de vapoter à l'intérieur des locaux de l'EPSM 71, conformément à la législation en vigueur (Code de la santé publique, art. L3511-7 et suivants).

6.3.5. Obligation de déposer l'argent, les valeurs ou objets confiés ou trouvés dans l'établissement par un patient ou une personne accompagnée

Aucun professionnel de l'EPSM 71 ne doit conserver des objets de valeur, documents ou sommes d'argent confiés par un patient, une personne accompagnée, ou mêmes trouvés dans l'établissement. Ces biens doivent être déposés sans délai, par l'intermédiaire du régisseur de recettes, auprès du trésorier principal de l'établissement pour mise en coffre.

La procédure DIP – PG 002 relative aux dépôts de valeurs, accessible sur Blue Médi, détaille les modalités de dépôt, notamment auprès du régisseur de la banque des patients, du Service des Majeurs Protégés ou du standard en dehors des heures d'ouverture.

6.3.6. Obligation de désintéressement

Le professionnel ne peut, directement ou par personne interposée, prendre des intérêts de nature à compromettre son indépendance dans une entreprise soumise au contrôle de l'administration à laquelle il appartient ou avec laquelle il est en relation.

6.3.7. Assiduité et ponctualité

L'assiduité et la ponctualité des personnels, qu'ils soient médicaux, non médicaux, administratifs, sociaux, techniques ou logistiques, sont essentielles au bon fonctionnement de l'établissement. Les horaires sont fixés par tableaux de service ou plannings prévisionnels de travail.

En cas d'impossibilité de prendre son poste comme prévu, le professionnel doit en informer sans délai son responsable de service. En cas de maladie, le justificatif d'arrêt doit être transmis à la Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales dans un délai de 48 heures. Toute absence (congés annuels, RTT, ou autorisations diverses) doit faire l'objet d'un accord préalable du responsable hiérarchique.

6.3.8. Coopération entre les professionnels

Les professionnels, quelle que soit leur fonction, doivent collaborer dans le respect mutuel, avec une répartition équitable des tâches, en tenant compte des champs d'exercice définis par la réglementation, les profils de poste et les contraintes de chacun.

Le caractère confraternel entre professionnels constitue un fondement de l'organisation et du bon fonctionnement des équipes.

6.3.9. Exécution des instructions reçues

Tout professionnel est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées, conformément aux instructions de son supérieur hiérarchique ou fonctionnel. Il ne peut s'y soustraire que si l'ordre donné est manifestement illégal ou de nature à compromettre gravement un intérêt public, ou en cas de danger grave et imminent.

Pour assurer la continuité du service, un agent peut être amené à effectuer le travail d'un collègue momentanément absent. Cette disposition ne déroge pas aux règles d'exercice des professions codifiées par la loi.

Dans le cadre de la démarche qualité et gestion des risques, le respect des procédures et protocoles est obligatoire. Les notes de service doivent être diffusées, accessibles sur l'intranet, archivées et appliquées. Les cadres de proximité et les agents veillent au respect de ces dispositions.

6.3.10. Information et signalement des incidents ou dysfonctionnements

Tout agent, quel que soit son grade ou sa fonction, doit signaler dans les meilleurs délais tout incident ou dysfonctionnement observé dans l'exercice de ses fonctions, et en informer sa hiérarchie. Le cas échéant, le responsable ou l'agent concerné prend les mesures immédiates qui s'imposent et effectue une déclaration d'évènement indésirable via l'outil Blue Médi intégrée dans le cadre de la démarche qualité et gestion des risques.

Toute disparition de médicaments, dispositifs médicaux, badges, clés, vêtements ou tampons professionnels doit être signalée à la direction par l'intermédiaire du cadre ou du médecin responsable d'unité.

Une charte d'incitation et de non-sanction relative à la déclaration des évènements indésirables garantit la protection des déclarants.

6.3.11. Interdiction d'exercer une activité à but lucratif

Les professionnels doivent consacrer l'intégralité de leur activité professionnelle aux tâches qui leur sont confiées. Ils ne peuvent exercer, à titre professionnel, aucune autre activité lucrative, sauf dans les conditions prévues par la réglementation relative au cumul d'activités. Toute demande de dérogation doit être adressée à la DRHAM.

6.3.12. Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces

Les professionnels de l'EPSM 71 ne peuvent recevoir, en raison de leurs fonctions, aucune rémunération ou gratification de la part des patients, résidents, familles, proches ou professionnels tiers intervenant dans l'établissement. Aucun document à caractère commercial ne doit être visible des patients, résidents ou du public dans les services.

6.3.13. Charte des bonnes pratiques relative à l'information et à la promotion des produits de santé

Cette charte définit les modalités d'organisation de toute action de promotion des produits de santé, et s'applique à tous les professionnels ou prestataires des entreprises concernées. Elle fixe les règles applicables en matière de promotion, d'information et de remise d'échantillons.

6.3.14. Respect des règles d'hygiène et de sécurité

Les professionnels respectent strictement les règles d'hygiène et de sécurité pendant l'exécution de leur service, et participent aux mesures de prévention visant à assurer la sécurité de l'établissement et de ses usagers. Ils se soumettent aux mesures de surveillance de leur état de santé et de prévention des risques professionnels, notamment lors des visites médicales périodiques, et doivent prendre connaissance et appliquer les procédures internes.

6.3.15. Non-détérioration des locaux, matériels et biens

Les professionnels veillent à préserver en bon état les locaux, matériels et objets mis à leur disposition. L'établissement peut exiger un remboursement en cas de dégradation volontaire.

Un usage approprié du système d'information et le respect de la charte des utilisateurs sont obligatoires.

Les produits, consommables et équipements doivent être utilisés dans un souci de bonne gestion et ne peuvent servir à des fins personnelles.

6.3.16. Médecine du travail

Tout professionnel de l'EPSM 71 fait l'objet d'un examen médical avant son recrutement ou dans les premières semaines de sa prise de poste. Une convocation à une visite auprès du médecin du travail est adressée à cet effet afin de vérifier la compatibilité de l'état de santé avec le poste.

Par la suite et conformément au décret n°2016-1908 du 27 décembre 2016, la périodicité des visites médicales du travail est de 5 ans pour un suivi simple, et de 2 ans en cas de risques particuliers avec suivi individuel renforcé. D'autres examens peuvent être prescrits par le médecin du travail en cas d'exposition à des risques particuliers ou après un arrêt maladie prolongé.

6.3.17. Accidents du travail et de trajet

Tout accident survenant dans le cadre du travail, y compris les trajets entre le domicile et le lieu de travail, ainsi que ceux liés à une mission ou à un déplacement entre différents sites pour raisons de service, doit être signalé immédiatement par l'agent concerné ou, en cas d'impossibilité, par toute personne témoin. Tout accident de travail ou de trajet fait obligatoirement l'objet d'une déclaration à établir dans les meilleurs délais.

6.4. DROITS DU PERSONNEL LIES AUX DROITS ET LIBERTES PUBLIQUES

6.4.1. Données personnelles

L'EPSM 71 collecte et traite les données personnelles de ses agents dans le respect de la réglementation applicable à la protection des données, notamment le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD) et la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Un Délégué à la Protection des Données (DPO) est désigné pour l'ensemble du GHT.

Les agents disposent des droits suivants : accès, rectification, effacement, opposition, limitation du traitement et portabilité de leurs données.

Ces droits peuvent être exercés en contactant le DPO par courrier ou par mail à l'adresse suivante : dpd@ght71nord.fr

6.4.2. Liberté d'opinion et principe de non-discrimination

La liberté d'opinion est garantie à tous les professionnels.

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les professionnels en raison, notamment, de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, de leur origine, de leur orientation sexuelle ou identité de genre, de leur âge, de leur nom, de leur situation de famille, de leur état de santé, de leur apparence physique, de leur handicap ou de leur appartenance, réelle ou supposée, à une ethnie ou une race.

Aucune mention de ces éléments ne doit figurer dans le dossier de l'agent, ni influencer sa carrière. Aucune discrimination ne peut également être opérée en raison du sexe.

Aucun agent ne doit subir d'agissements sexistes, définis comme tout comportement lié au sexe d'une personne ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à sa dignité ou de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant.

La carrière d'un professionnel candidat ou élu à un mandat électif ne saurait être affectée par ses opinions ou votes exprimés durant la campagne ou l'exercice du mandat. De même, la carrière des professionnels siégeant, à un autre titre que celui de représentant d'une collectivité publique, dans une institution prévue par la loi ou un organisme auprès des pouvoirs publics, ne saurait être influencée par les positions qu'ils y ont prises.

6.4.3. Droit syndical

Décret n° 2012-736 du 9 mai 2012 modifiant le décret n° 86-660 du 19 mars 1986 relatif à l'exercice du droit syndical dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

*INSTRUCTION N° DGOS/RH3/DGCS/4B/2016/53 du 25 février 2016 relative à l'exercice du droit syndical dans la FPH
Articles du code général de la fonction Publique : L211-1 à L216-3 – R213-2 à R213-23 - R213-33 à R213-60 - R215-1 à R215-18*

Le droit syndical est un droit fondamental reconnu à tout professionnel de l'EPSM 71, qui peut librement adhérer au syndicat de son choix. Les syndicats défendent les intérêts individuels et collectifs des personnels. Les agents peuvent créer des syndicats, y adhérer et exercer des mandats. Ils peuvent bénéficier, à cet effet, de congés spécifiques, d'autorisations d'absence ou de décharges d'activité, selon la réglementation en vigueur.

Des locaux et des emplacements spécifiques sont attribués aux organisations syndicales pour l'exercice de leurs activités et l'affichage d'informations syndicales. L'affichage en dehors de ces emplacements est interdit. Un exemplaire des documents affichés doit être transmis à la direction concomitamment à leur affichage.

Les publications syndicales peuvent être distribuées librement dans l'enceinte de l'établissement, mais en dehors des locaux ouverts au public et sans gêner le fonctionnement des services. Cette distribution doit être assurée par des agents n'étant pas en service ou bénéficiant d'une autorisation spéciale d'absence ou d'un crédit de temps syndical. Les publications doivent être communiquées à la direction pour information.

La collecte des cotisations syndicales est autorisée dans l'établissement, mais en dehors des locaux ouverts au public, par des représentants syndicaux qui ne sont pas en service ou qui bénéficient d'une décharge d'activité. Cette collecte ne doit pas perturber le fonctionnement des services.

Les organisations syndicales peuvent organiser des réunions d'information dans l'établissement, sur demande préalable auprès de la direction. Ces réunions sont réservées au personnel hospitalier qui ne sont pas en service ou qui bénéficient d'une autorisation spéciale d'absence. Chaque professionnel peut participer, sur son temps de service, à une réunion mensuelle d'information syndicale d'une durée maximale d'une heure.

La demande d'absence de l'agent doit être déposée auprès de sa hiérarchie trois jours avant la réunion et est acceptée sous réserve des nécessités de service. Une même organisation syndicale peut regrouper ces heures sur un trimestre.

Durant les six semaines précédant le scrutin de renouvellement des instances, les agents peuvent assister à une réunion d'information spéciale d'une heure maximum. Sauf pour les réunions dans les locaux syndicaux, la demande d'organisation de réunion doit être faite au moins une semaine à l'avance.

Des autorisations spéciales d'absence sont accordées, sous réserve des nécessités de service, aux représentants syndicaux mandatés, notamment pour participer à des congrès ou réunions statutaires, dans la limite d'un contingent annuel déterminé.

Un crédit de temps syndical, regroupant autorisations spéciales d'absence et décharges d'activité, est attribué chaque année aux organisations syndicales, en fonction du nombre d'électeurs inscrits et des résultats aux élections au CSE.

6.4.4. Droit de grève et modalités d'exercice

Le droit de grève est reconnu à l'ensemble du personnel, dans le respect du cadre légal et réglementaire, conciliant ce droit avec l'obligation d'assurer la continuité du service public et la sécurité des patients, des personnes accompagnées et des installations. L'établissement peut instaurer un service minimum en cas de grève, conformément aux dispositions du protocole de grève disponible sous Blue Médi.

Des retenues sur traitement sont effectuées pour les agents absents du fait de leur participation à la grève. Les agents déclarés grévistes assurant néanmoins la continuité du service sont rémunérés, bien qu'enregistrés comme grévistes.

6.4.5. Droit de retrait

Le droit de retrait permet à un professionnel de l'EPSM 71 de cesser son activité en cas de danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, ou s'il constate une défectuosité dans les systèmes de protection.

Le danger imminent s'entend comme un risque susceptible de survenir de façon soudaine ou dans un délai rapproché. La notion de danger, selon la jurisprudence, désigne une menace directe pour la vie ou la santé, c'est-à-dire une situation de fait susceptible de provoquer un dommage ou de porter atteinte à l'intégrité physique.

6.5. DROITS DU PERSONNEL LIES A L'EXERCICE DE SES FONCTIONS

6.5.1. Droit à la formation professionnelle tout au long de la vie

Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière

Code général de la fonction publique (CGFP), Livre IV – Formation, mobilité et accompagnement des transitions professionnelles, articles L421-1 et suivants »

L'EPSM 71 élabore chaque année un plan de formation afin de maintenir, développer ou adapter les compétences de ses professionnels. Ce droit inclut l'accès à des formations d'adaptation, de perfectionnement, de reconversion et de promotion, ainsi qu'à un compte personnel de formation (CPF) alimenté en fonction du temps de travail. Les agents peuvent également bénéficier de bilans de compétences.

Un congé de formation professionnelle (CFP) est accessible, sous conditions, à tous les agents titulaires et contractuels souhaitant réaliser un projet professionnel ou personnel.

Toute demande de financement d'études promotionnelles doit être formulée avant toute inscription ou engagement dans un concours d'entrée. Tout agent inscrit en formation a l'obligation de suivre assidûment la formation.

6.5.2. Droit à rémunération

La rémunération est due après service fait et versée mensuellement.

6.5.3. Droit à la carrière

L'établissement garantit à l'ensemble de ses personnels un égal accès aux concours, aux dispositifs de formation, aux possibilités d'avancement et aux mesures de mobilité. Aucune distinction ou restriction ne peut être fondée sur le sexe, l'âge, l'origine, la situation de famille, l'état de santé, le handicap, les opinions, les activités syndicales, politiques ou religieuses. Toute décision relative à l'évolution de carrière doit s'appuyer uniquement sur les critères objectifs liés aux compétences, aux aptitudes professionnelles et aux nécessités de service.

6.5.4. Droit à l'aménagement du poste de travail

Dans l'exercice de ses fonctions, tout membre du personnel bénéficie du droit à l'aménagement de son poste de travail en cas de handicap ou de situation particulière reconnue.

Ces aménagements visent à garantir des conditions de travail adaptées, préserver la santé et assurer l'égalité de traitement entre tous les agents. L'établissement s'engage à étudier chaque demande individuellement et à mettre en place, dans la mesure du possible, les ajustements nécessaires en collaboration avec les services compétents et, le cas échéant, la médecine de santé au travail.

6.5.5. Droit d'allaitement

Conformément aux dispositions du Code du travail, applicables à la fonction publique hospitalière (articles L1225-30 et R4152-13 à R4152-28), les agentes mères d'un enfant en bas âge disposent, pendant une durée d'un an à compter de la naissance, d'un temps quotidien d'une heure, réparti en deux périodes de 30 minutes, pour allaiter ou tirer leur lait.

6.5.6. Droit à la protection fonctionnelle

Code général de la fonction publique (CGFP), articles L.134-1 à L.134-10

Les professionnels peuvent bénéficier, sur demande auprès de la Direction, de la protection fonctionnelle. Cette protection est accordée aux agents publics et personnels médicaux dans les situations suivantes :

- En cas d'attaques dont ils sont victimes ou pourraient être victimes à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions
- Lorsque leur responsabilité pénale est mise en cause pour des faits commis dans l'exercice de leurs fonctions
- En raison d'une faute de service.

La protection fonctionnelle peut prendre différentes formes selon la nature de la situation : assistance juridique, prise en charge médicale, ou exercice du droit de réponse en cas de diffamation.

6.5.7. Droit d'accès au dossier individuel

Tout professionnel de l'EPSM 71 a accès à son dossier administratif personnel. Pour le consulter, il convient de prendre rendez-vous par téléphone auprès de la DRHAM. La consultation s'effectue en présence d'un professionnel habilité à répondre à d'éventuelles questions. Cette demande n'a pas à être motivée et peut être exercée à tout moment, et de manière répétée.

6.5.8. Droit à la protection contre le harcèlement dans les relations de travail

*Code Général de la Fonction Publique, article L.133-2
Art. 222-33-2 du Code Pénal*

Tout agent a l'obligation d'informer l'autorité hiérarchique de tout agissement constitutif de harcèlement sexuel ou moral dont il aurait connaissance, dont il serait témoin ou victime.

Tout agent confronté à une situation de violence, de discrimination, de harcèlement moral ou sexuel, ou d'agissements sexistes peut s'adresser à la Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales (DRHAM), qui est chargée de recueillir et de traiter les signalements.

Aucun professionnel ne doit subir d'agissements répétés de harcèlement moral ou sexuel ayant pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel.

Tout professionnel qui commet des actes de harcèlement s'expose à une sanction disciplinaire. Les agents ayant signalé de tels faits ou ayant témoigné bénéficient d'une protection contre toute forme de représailles.

6.5.9. Liberté d'expression

La liberté d'expression des professionnels de l'établissement est garantie, sous réserve du respect de l'obligation de neutralité et du devoir de réserve inhérents à leur fonction.

6.6. SERVICES A DISPOSITION DES PROFESSIONNELS

6.6.1. Restaurant du personnel

Un restaurant en libre-service est à la disposition du personnel les midis en semaine. Il est réservé au personnel en service, mais peut également accueillir des intervenants extérieurs. Le paiement des repas est directement prélevé sur la rémunération. Pour les intervenants extérieurs, le règlement s'effectue par carte bancaire directement au self ou auprès des services économiques, selon un tarif affiché et révisé chaque année par le directeur.

6.6.2. Centre de documentation

Un centre de documentation est accessible à l'ensemble des personnels de l'établissement ainsi qu'aux internes, stagiaires et étudiants des instituts de formation. Ce centre de ressources documentaires, spécialisé en santé mentale et soins infirmiers, assure le prêt de documents, la gestion des abonnements aux revues, l'acquisition des ouvrages ainsi que la diffusion ciblée d'informations actualisées.

Le centre accompagne également les utilisateurs dans leurs recherches documentaires et propose des formations à l'utilisation des bases de données internes et externes.

6.6.3. Unité Psychologique pour les Professionnels (UPP)

L'UPP a pour mission d'offrir un espace d'écoute et de soutien aux professionnels rencontrant des difficultés qu'ils souhaitent partager.

En complément des entretiens individuels, des analyses de situations en groupe peuvent également être proposées. Les consultations sont assurées par la psychologue, uniquement sur rendez-vous. Ce dispositif est accessible à l'ensemble des professionnels de l'établissement, dans le strict respect de la confidentialité.

6.6.4. Service social du personnel

Le service social du personnel s'adresse à l'ensemble des professionnels de l'établissement.

L'assistante sociale accueille, écoute et évalue les besoins ou difficultés rencontrés par chacun. Elle apporte son soutien dans les démarches administratives. Elle oriente si nécessaire vers les partenaires ou structures extérieures adaptés.