

01/03/2023

# Règlement Intérieur du CHU de TOULOUSE



# Table des matières

---

Introduction générale .....	10
<b>Partie 1 : Dispositions générales.....</b>	<b>11</b>
<b>Chapitre 1 : Statuts, missions et sites.....</b>	<b>11</b>
Article 1 : Les statuts.....	11
Article 2 : Les différents sites .....	12
Article 3 : Les missions générales.....	12
Article 4 : Les missions spécifiques d'enseignement .....	13
Article 5 : La mission spécifique de recherche et son organisation .....	14
Article 6 : L'encadrement de la recherche au CHU .....	15
Article 7 : L'intégrité scientifique de la recherche au CHU .....	16
<b>Chapitre 2 : La coopération .....</b>	<b>16</b>
Article 8 : Le GHT de la Haute-Garonne et du Tarn-Ouest.....	16
Article 9 : Les instances du GHT .....	17
Article 10 : La coopération CHU/Institut Universitaire du Cancer .....	20
<b>Partie 2 : L'organisation institutionnelle.....</b>	<b>21</b>
<b>Chapitre 1 : Le projet d'établissement et projet managérial .....</b>	<b>21</b>
Article 11 : Le projet d'établissement.....	21
Article 12 : Le projet managérial.....	22
<b>Chapitre 2 : La gouvernance médico-administrative .....</b>	<b>22</b>
Article 13 : Le Directeur Général.....	22
Article 14 : Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (PCME).....	24
Article 15 : Le Directoire .....	24
Article 16 : Le Conseil de Surveillance.....	25
<b>Chapitre 3 : Les instances consultatives et de dialogue social.....</b>	<b>27</b>
Article 17 : La Commission Médicale d'Etablissement (CME).....	27
Article 18 : Les Sous-Commissions de la CME.....	29
Article 19 : La Commission de l'Activité Libérale (CAL).....	30
Article 20 : Le Comité Social d'Etablissement (CSE).....	32
Article 21 : La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT) .....	33
Article 22 : La Commission des Usagers (CDU) .....	34
<b>Chapitre 4 : Les Commissions Spécifiques.....</b>	<b>36</b>
Article 23 : Le Comité de Suivi des Organisations (CSO).....	36
Article 24 : Les Commissions Administratives Paritaires (CAP).....	37

Article 25 : Les Commissions Consultatives Paritaires (CCP) .....	38
Article 26 : La Commission d'Homologation du Système d'Information (SI) .....	39
Article 27 : Gouvernance et fonctionnement de l'entrepôt de données de santé (EDS) .....	39
<b>Chapitre 5 : Les instances déontologiques et éthiques .....</b>	<b>41</b>
Article 28 : Le Collège de Déontologie .....	41
Article 29 : Le Comité d'Ethique Hospitalier (CEH) .....	42
<b>Chapitre 6 : Les référents alerte, laïcité et égalité .....</b>	<b>43</b>
Article 30 : Le référent alerte .....	43
Article 31 : Le référent laïcité .....	43
Article 32 : Le référent égalité professionnelle .....	44
<b>Chapitre 7 : L'organisation des soins .....</b>	<b>45</b>
Article 33 : Nomination et affectation des praticiens hospitaliers .....	45
Article 34 : Dispositions spécifiques relatives aux pharmaciens gérant une pharmacie à usage intérieur .....	45
Article 35 : Sages-Femmes .....	45
Article 36 : Docteurs Juniors .....	46
Article 37 : Internes .....	46
Article 38 : Etudiants Hospitaliers .....	47
Article 39 : Soins infirmiers, de rééducation et médico-technique .....	47
Article 40 : Coordonnateur des Ecoles et des Instituts de Formation .....	48
Article 41 : Etudiants des Ecoles Paramédicales .....	48
Article 42 : Permanence médicale des soins .....	48
Article 43 : Visite médicale quotidienne .....	49
Article 44 : Coordination des soins dispensés aux patients .....	49
<b>Chapitre 8 : L'organisation en pôles d'activité .....</b>	<b>49</b>
Article 45 : Les Pôles d'activité .....	49
Article 46 : Le Chef de Pôle .....	51
Article 47 : Le Chef de Service .....	52
Article 48 : Le responsable d'unité fonctionnelle .....	52
Article 49 : Le Contrat de Pôle .....	53
Article 50 : Le Projet de Pôle .....	53
Article 51 : Le Directeur Délégué de Pôle .....	54
Article 52 : Les Collaborateurs du Pôle .....	54
<b>Chapitre 9 : Les relations Internationales .....</b>	<b>55</b>
Article 53 : La Commission des Relations Internationales (CRI) .....	55

Article 54 : Le Bureau des Relations Internationales .....	56
<b>Chapitre 10 : Le mécénat à l'hôpital et la fondation hospitalière.....</b>	<b>57</b>
Article 55 : Le mécénat à l'hôpital .....	57
<b>Chapitre 11 : La gestion de crise.....</b>	<b>58</b>
Article 56 : Le Plan Blanc.....	58
Article 57 : La labellisation ESR-R.....	59
<b>Partie 3 : Dispositions relatives aux patients et aux usagers.....</b>	<b>60</b>
<b>Chapitre 1 : Modalités d'accueil des patients .....</b>	<b>60</b>
Article 58 : L'accueil des patients.....	60
Article 59 : Le livret d'accueil du patient .....	60
Article 60 : La prise en charge au titre de l'activité libérale.....	60
<b>Chapitre 2 : L'admission des patients majeurs.....</b>	<b>61</b>
Article 61 : Conditions générales d'admission .....	61
Article 62 : L'admission programmée ou directe (en urgences).....	61
Article 63 : L'admission sur décision du Directeur Général de l'ARS .....	62
Article 64 : Le transfert d'un patient hors CHU après admission.....	62
Article 65 : L'admission d'un patient au CHU suite à un transfert.....	62
<b>Chapitre 3 : Dispositions spécifiques relatives à l'admission en urgence .....</b>	<b>63</b>
Article 66 : L'admission en cas d'afflux massifs de patients .....	63
Article 67 : Accueil et admission en urgence .....	63
Article 68 : Information des familles des patients hospitalisés en urgence .....	64
Article 69 : Inventaire à l'admission en urgence.....	65
<b>Chapitre 4 : Dispositions spécifiques à l'admission de certains patients.....</b>	<b>65</b>
Article 70 : Le patient amené par les forces de l'ordre.....	65
Article 71 : L'admission d'une personne victime de violences conjugales : Le dispositif pré-plainte ..	66
Article 72 : L'admission des femmes enceintes .....	66
Article 73 : L'admission pour accouchement sous X.....	66
Article 74 : L'admission pour IVG.....	67
Article 75 : L'admission du patient mineur .....	67
Article 76 : La scolarisation du mineur après admission.....	69
Article 77 : Autorisations de sorties du mineur en cours d'hospitalisation .....	69
Article 78 : Information du mineur et consentement aux soins .....	70
Article 79 : Soins confidentiels à la demande du mineur.....	70
Article 80 : Sortie du mineur en fin d'hospitalisation .....	71

Article 81 : L'admission du majeur protégé sous tutelle .....	71
Article 82 : L'admission du majeur protégé sous curatelle ou sauvegarde de justice.....	71
Article 83 : L'admission des militaires.....	72
Article 84 : L'admission des bénéficiaires de l'article 115 du Code des pensions militaires, invalidité et victimes de guerre .....	72
Article 85 : L'admission des patients toxicomanes .....	72
Article 86 : L'admission d'une personne malvoyante ou malentendante .....	73
Article 87 : L'admission des patients ayant la qualité d'évacués sanitaires .....	73
<b>Chapitre 5 : L'admission des personnes détenus et gardés à vue .....</b>	<b>73</b>
Article 88 : L'admission des détenus.....	73
Article 89 : L'admission des patients gardés à vue .....	74
Article 90 : Les soins délivrés aux patients en milieu pénitentiaire.....	74
Article 91 : Les auditions par les autorités de police .....	74
<b>Chapitre 6 : L'admission des personnes en soins psychiatriques (libre et sans consentement).....</b>	<b>75</b>
Article 92 : Dispositions générales relatives à l'admission du patient en soins psychiatriques .....	75
Article 93 : L'admission du patient (majeur ou mineur) en soins psychiatriques libres .....	75
Article 94 : L'admission du patient majeur en soins psychiatriques sans consentement .....	76
Article 95 : L'admission du patient mineur en soins sans consentement.....	77
Article 96 : L'autorisation de sortie du patient en soins sans consentement.....	77
Article 97 : La fugue du patient en soins psychiatriques – et détenus .....	77
<b>Chapitre 7 : La Procédure d'admission .....</b>	<b>78</b>
Article 98 : Accueil du patient lors de l'admission .....	78
Article 99 : Pièces à fournir lors de l'admission .....	79
Article 100 : Admission sous identité protégée .....	79
<b>Chapitre 8 : Le choix du régime d'hospitalisation .....</b>	<b>80</b>
Article 101 : Les régimes d'hospitalisations.....	80
Article 102 : Les régimes de consultations et de soins externes .....	80
<b>Chapitre 9 : Les frais de séjour .....</b>	<b>80</b>
Article 103 : Le guide de la facturation .....	81
Article 104 : Hospitalisations .....	81
Article 105 : Tarifs des consultations externes .....	81
Article 106 : Tarifs de l'activité libérale.....	82
Article 107 : Supplément pour chambre particulière .....	82
Article 108 : Prestations fournies aux accompagnants.....	82

<b>Chapitre 10 : Les conditions de séjour</b> .....	<b>82</b>
Article 109 : Règles Générales .....	82
Article 110 : Respect de la personne et de son intimité .....	83
Article 111 : Dépôts des sommes d'argent, titres et objet de valeur .....	83
Article 112 : Biens conservés par le patient.....	84
Article 113 : Restitution des sommes d'argent, titres et objet de valeur .....	84
Article 114 : Les repas .....	85
Article 115 : La pratique religieuse .....	85
Article 116 : Droits civiques .....	86
Article 117 : Les autorisations de sortie du patient .....	86
Article 118 : Téléphonie, micro-informatique et téléviseurs.....	86
Article 119 : Accompagnants privés.....	87
Article 120 : Les visites .....	88
Article 121 : Règles et recommandations aux visiteurs / usagers .....	88
Article 122 : Les animaux .....	89
Article 123 : Interdiction des pourboires .....	89
Article 124 : Visite des officiers ministériels (dont notaires) .....	89
Article 125 : Effets personnels du patient.....	89
Article 126 : Le courrier.....	89
<b>Chapitre 11 : La sortie du patient</b> .....	<b>90</b>
Article 127 : Compétence du Directeur Général.....	90
Article 128 : Modalités de sortie.....	90
Article 129 : La sortie contre avis médical .....	91
Article 130 : La sortie à l'insu de l'unité de soins (fugue) .....	91
Article 131 : La sortie des nouveau-nés.....	92
Article 132 : La sortie par mesure disciplinaire.....	92
<b>Chapitre 12 : Dispositions particulières relatives aux Unités de Soins de Longue Durée (USLD)</b> .....	<b>92</b>
Article 133 : Libre choix de la personne.....	93
Article 134 : Modalités de l'admission et d'accueil du patient en USLD .....	93
Article 135 : Frais de séjour.....	93
Article 136 : Tarif hébergement.....	93
Article 137 : Tarifs dépendance .....	94
Article 138 : Dotation Soins .....	94
Article 139 : Informations des personnes sur les conditions financières d'hébergement .....	95

Article 140 : Projet de Soins et Projet de Vie .....	95
Article 141 : Relations avec les familles .....	95
Article 142 : Domicile du patient en USLD .....	95
<b>Chapitre 13 : Dispositions relatives aux naissances .....</b>	<b>96</b>
Article 143 : Déclaration de naissance .....	96
Article 144 : Déclaration spécifique relative aux enfants décédés durant la période prénatale.....	96
<b>Chapitre 14 : Dispositions relatives aux décès .....</b>	<b>96</b>
Article 145 : Attitude à suivre à l'approche du décès .....	96
Article 146 : Annonce du décès .....	97
Article 147 : Formalités entourant le décès.....	97
Article 148 : Indices de mort violente ou suspecte.....	98
Article 149 : Dépôts des corps à la chambre mortuaire .....	98
Article 150 : Transport sans mise en bière en chambre funéraire.....	98
Article 151 : Transport sans mise en bière au domicile du défunt ou d'un proche de la famille .....	99
Article 152 : Mise en bière et transport après mise en bière .....	99
Article 153 : Opérations funéraires.....	99
Article 154 : Opérations funéraires pour les enfants décédés dans la période périnatale .....	100
Article 155 : Don du Corps .....	100
Article 156 : Objets abandonnés ou déposés par le défunt.....	101
Article 157 : Libre choix des opérateurs funéraires .....	101
Article 158 : Liberté des funérailles, dispositions testamentaires .....	102
<b>Chapitre 15 : Les droits du patient .....</b>	<b>102</b>
Article 159 : Laïcité et libre exercice du culte .....	102
Article 160 : La Charte du Patient Hospitalisé.....	103
Article 161 : Le droit à l'information du patient .....	103
Article 162 : Information de la famille et des proches.....	104
Article 163 : Transmission d'information entre professionnels de santé.....	104
Article 164 : Le dossier médical du patient.....	105
Article 165 : La communication du dossier médical .....	106
Article 166 : Les clichés d'imagerie médicale .....	107
Article 167 : Les relations avec les familles et le médecin traitant.....	108
Article 168 : Accueil et prise en charge des patients en situation de handicap .....	108
Article 169 : La personne de confiance.....	108
Article 170 : Les directives anticipées .....	109
Article 171 : Le secret à l'hôpital.....	109

Article 172 : Le traitement des données à caractère personnel.....	110
Article 173 : Le Délégué à la protection des données (DPO) .....	111
Article 174 : Information sur les accidents médicaux, iatrogènes et infections nosocomiales .....	111
Article 175 : Le droit à la qualité des soins, à la prise en charge de la douleur et aux soins palliatifs	112
Article 176 : Consentement aux soins – cadre général.....	112
Article 177 : Consentement aux soins des patients en fin de vie .....	113
Article 178 : Consentement aux soins des patients hors d'état d'exprimer leur volonté .....	113
Article 179 : Consentement aux soins des mineurs.....	113
Article 180 : Consentement aux soins des majeurs protégés.....	114
Article 181 : Refus de soins.....	114
Article 182 : Réclamations et voies de recours.....	115
Article 183 : La médiation .....	116
<b>Chapitre 16 : Qualité de la prise en charge et certification .....</b>	<b>116</b>
Article 184 : La démarche qualité .....	116
Article 185 : La certification .....	117
Article 186 : Le rôle de la DQSRU et du COPIL qualité dans la certification.....	117
<b>Chapitre 17 : Don du sang et transfusion sanguine .....</b>	<b>117</b>
Article 187 : Don du sang .....	117
Article 188 : Produits sanguins labiles .....	118
Article 189 : Sécurité transfusionnelle.....	118
<b>Chapitre 18 : Dispositions relatives aux recherches biomédicales, aux dons, aux prélèvements et aux collectes d'éléments du corps humain.....</b>	<b>119</b>
Article 190 : Recherche biomédicale .....	119
Article 191 : Principes généraux applicables aux prélèvements et aux collectes d'éléments biologiques sur des patients .....	119
Article 192 : Prélèvements et greffes d'organes.....	120
Article 193 : Autopsie médicale .....	121
Article 194 : Utilisation des prélèvements à des fins scientifiques.....	121
<b>Partie 4 : Dispositions relatives au personnel .....</b>	<b>121</b>
<b>Chapitre 1 : Les principes généraux régissant le service public hospitalier .....</b>	<b>121</b>
Article 195 : Le principe de continuité .....	122
Article 196 : Le principe de laïcité.....	122
<b>Chapitre 2 : Les obligations inhérentes au respect du patient .....</b>	<b>123</b>
Article 197 L'obligation d'accueil et d'information des patients, des usagers et de leurs familles....	123
Article 198 : Le respect du secret professionnel.....	123

Article 199 : L'obligation de discrétion professionnelle.....	124
Article 200 : Le respect de la liberté de conscience et d'opinion .....	125
<b>Chapitre 3 : Les principes de bonne conduite professionnelle .....</b>	<b>125</b>
Article 201 : Le devoir de réserve .....	125
Article 202 : L'assiduité et la ponctualité.....	126
Article 203 : L'obligation de respect des instructions reçues et le devoir d'obéissance hiérarchique .....	126
Article 204 : Le devoir d'alerte et d'information du supérieur hiérarchique .....	126
Article 205 : Le signalement des événements indésirables .....	127
Article 206 : Le bon usage des biens du CHU.....	127
Article 207 : Le respect des règles d'hygiène et de sécurité.....	127
Article 208 : L'exigence d'une tenue appropriée et d'un langage correct.....	128
Article 209 : L'obligation de désintéressement .....	128
Article 210 : L'interdiction d'exercer une activité privée lucrative.....	129
Article 211 : L'interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces.....	129
Article 212 : Le cumul d'activité.....	129
Article 213 : L'interdiction de tout avantage ou contreparties directes .....	130
Article 214 : L'identifiant des professionnels.....	130
Article 215 : L'utilisation du système d'information et des réseaux sociaux.....	130
Article 216 : Usage du téléphone portable.....	131
Article 217 : Respect de la charte graphique .....	132
Article 218 : Affichage.....	132
<b>Chapitre 4 : Les droits et garanties du personnel.....</b>	<b>132</b>
Article 219 : Liberté de conscience et d'opinion.....	132
Article 220 : Droit à l'expression directe et collective .....	132
Article 221 : Droit de grève .....	132
Article 222 : Droit syndical .....	133
Article 223 : Egalité de traitement et principe de non-discrimination .....	134
Article 224 : La protection contre le harcèlement moral ou sexuel .....	134
Article 225 : La protection fonctionnelle .....	135
Article 226 : Le droit de retrait.....	136
Article 227 : Le droit à la formation professionnelle .....	136
Article 228 : Le droit d'accès au dossier administratif.....	136
Article 229 : Le droit à la déconnexion .....	137

Chapitre 5 : La prévention des risques professionnels, la qualité de vie au travail et la politique sociale.....	137
Article 230 : L'appel à projets innovants (API) .....	137
Article 231 : L'attention portée à la prévention des risques professionnels .....	138
Article 232 : Le Service de Santé au travail .....	138
Article 233 : L'accueil du nouvel arrivant au sein du CHU .....	139
Article 234 : Les services à disposition du personnel du CHU .....	139
<b>Partie 5 : Dispositions relatives à la sécurité et à l'environnement .....</b>	<b>140</b>
<b>Chapitre 1 : Dispositions générales relatives à la sécurité .....</b>	<b>140</b>
Article 235 : L'opposabilité des règles de sécurité.....	140
Article 236 : Personnels chargés de la sécurité et de la sûreté .....	140
Article 237 : Matériels et dispositifs de sécurité.....	141
Article 238 : Liens de coopérations avec les autorités judiciaires, les forces de l'ordre et la Préfecture .....	142
Article 239 : Les témoignages en justice des professionnels du CHU.....	142
Article 240 : Le Plan Vigipirate .....	142
<b>Chapitre 2 : Les règles de sécurité générale.....</b>	<b>143</b>
Article 241 : La Sécurité des Personnes .....	143
Article 242 : La Sécurité des Biens .....	143
Article 243 : Dispositions Générales relatives à l'accès au CHU .....	144
Article 244 : Dispositions Spécifiques relatives à l'accès au CHU .....	144
Article 245 : L'interdiction de dissimulation du visage .....	146
<b>Chapitre 3 : Les règles relatives à l'interdiction de fumer, à l'usage du vapotage, à l'alcool et aux substances illicites .....</b>	<b>147</b>
Article 246 : L'interdiction de fumer et règles relatives au vapotage.....	147
Article 247 : Objets et produits interdits .....	148
<b>Chapitre 4 : Les règles de sécurité de fonctionnement.....</b>	<b>148</b>
Article 248 : La Sécurité Incendie.....	149
Article 249 : La Sécurité Technique.....	149
Article 250 : La Sécurité Informatique .....	149
<b>Chapitre 5 : Les règles de circulation et stationnement .....</b>	<b>150</b>
Article 251 : Nature de la voirie hospitalière .....	150
Article 252 : Dispositions générales de stationnement et circulation .....	150
Article 253 : Limitation de la responsabilité du CHU en matière de stationnement et de circulation .....	151

Article 254 : Sanctions au non-acquittement d'un péage routier .....	151
<b>Partie 6 : DISPOSITIONS RELATIVES AU REGLEMENT INTERIEUR .....</b>	<b>152</b>
<b>CHAPITRE 1 Procédure d'adoption du règlement intérieur .....</b>	<b>152</b>
Article 255 : Adoption du règlement intérieur .....	152
Article 256 : Opposabilité du règlement intérieur .....	152
Article 257 : Mise à disposition et communication du règlement intérieur .....	152
<b>CHAPITRE 2 Modification du règlement intérieur .....</b>	<b>153</b>
Article 258 : Modalités de révision du règlement intérieur .....	153
<b>Partie 7 : Liste des différents sites .....</b>	<b>153</b>
<b>Partie 8 : Annexes .....</b>	<b>155</b>
Article 259 : Liste des annexes au Règlement Intérieur .....	155

## Introduction générale

Le présent règlement intérieur est établi en application des dispositions légales et réglementaires en vigueur, et notamment celles contenues dans le Code de la Santé Publique (CSP).

Il se substitue aux dispositions antérieurement en vigueur. Il est complété par toutes dispositions portant règlement intérieur des structures hospitalières ou d'activités spécifiques, tels que les différentes chartes ou règlement spécifiques applicables le cas échéant dans divers secteurs, pôles ou services de l'établissement qui se réfèrent au règlement intérieur de l'établissement.

Le règlement intérieur définit les règles de fonctionnement du CHU de TOULOUSE, notamment sur le plan de l'organisation institutionnelle générale et par pôle, de l'accueil et de la prise en charge des usagers et des visiteurs, de l'activité et de la gestion des professionnels hospitaliers ainsi que des droits et devoirs du personnel.

Le Directeur Général du CHU de TOULOUSE est chargé de veiller à l'application et à l'exécution du règlement intérieur.

### **Le règlement intérieur s'applique sur l'ensemble des sites du CHU de TOULOUSE, et notamment :**

- Dans tous les bâtiments appartenant au CHU de TOULOUSE , dont ceux des écoles et instituts de formation du CHU ;
- Sur les voies terrestres de circulation et de stationnement du CHU ;

- Dans l'ensemble des lieux (dont chambres, studios ... ) gérés par les écoles ou instituts du CHU, mis à la disposition des étudiants en formation au sein des écoles ou instituts du CHU, des stagiaires extérieurs, des intérimaires ou des personnes en mission ;
- Dans le cadre du projet PAC (*prestation accueil et confort*) déployé au CHU, et pour l'ensemble des sites et des lieux où le CHU exerce une activité (self, internats de Rangueil et Purpan ...)

**Le règlement intérieur du CHU de TOULOUSE est opposable à tous, et notamment:**

- A tous les patients, usagers et résidents ;
- A tous les accompagnants des usagers (familles, proches, visiteurs, etc.) ;
- A tous les membres du personnel employés par le CHU de TOULOUSE, quel que soit leur statut ;
- A tous les stagiaires intervenant au CHU, dans le cadre d'une convention de stage ;
- Aux étudiants hospitaliers et étudiants des écoles paramédicales ;
- A tous les intervenants extérieurs au CHU de TOULOUSE dans le cadre d'une mission ponctuelle, et plus généralement à tout tiers qui pénètre dans le site du CHU.

## Partie 1 : Dispositions générales

---

### Chapitre 1 : Statuts, missions et sites

#### Article 1 : Les statuts

Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse est un établissement public de santé régi par le Code de la santé publique (CSP). Il est doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière.

**Le siège du CHU de Toulouse est situé :**

HÔTEL DIEU SAINT-JACQUES  
2 RUE VIGUERIE  
TSA 80035,  
31059 TOULOUSE CEDEX 9.

### Les identifiants du CHU sont les suivants :

- Identifiant SIREN : 263 100 125
- Identifiant SIRET du siège : 263 100 125 00016
- FINESS Juridique : 310781406

## Article 2 : Les différents sites

Le CHU de Toulouse est constitué de plusieurs établissements hospitaliers répartis sur quatre principaux sites géographiques :

- Hôtel-Dieu Saint-Jacques / La Grave ;
- Purpan - Hôpital Garonne ;
- Rangueil - Larrey ;
- La Fontaine Salée - Salies du Salat.

À ces établissements vient s'ajouter : L'Institut Universitaire du Cancer de Toulouse-Oncopole (IUCT-Oncopole) qui réunit les moyens et les expertises de l'Institut Claudius Regaud (ICR), centre de lutte contre le cancer, et de plusieurs services d'oncologie du CHU de Toulouse.

Les structures logistiques du CHU de Toulouse (restauration, blanchisserie, stérilisation et la plateforme logistique Logipharma) : sont situées dans la zone industrielle du Chapitre et à Cugnaux.

## Article 3 : Les missions générales

Le CHU de Toulouse a pour missions d'assurer, conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique (CSP) :

- La permanence des soins, et notamment la prise en charge et le traitement de l'ensemble des patients accueillis en son sein ;
- La prise en charge des soins palliatifs ;
- L'enseignement universitaire et post-universitaire ;
- La recherche ;
- Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
- La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;
- Les actions de santé publique ;
- La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ;
- Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ;

Le CHU de Toulouse est soumis au contrôle de l'Etat. Ce contrôle est exercé par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Occitanie.

## Article 4 : Les missions spécifiques d'enseignement

Le CHU de TOULOUSE assure des missions d'enseignement universitaire et post-universitaire.

Il administre un pôle de formation aux métiers de la santé et du social(PREFMS), financé par le Conseil Régional d'Occitanie qui se situe 74, voie du T.O.E.C à Toulouse sur le site de la Cartoucherie. Il bénéficie d'un CRA dédié au titre des budgets annexes.

Le PREFMS qui regroupe onze écoles et instituts de formation. Il contribue à la formation d'environ 2000 étudiants accueillis en moyenne par an, par des équipes pédagogiques qualifiées, assorti de moyens matériels importants.

Le rattachement des écoles et instituts de formations aux métiers de la santé au CHU de Toulouse leur confère dans leur filière de formation, une vocation régionale en termes d'appuis, de conseils, de ressources aux métiers de la santé et d'innovation.

Outre les 11 écoles et instituts, le PREFMS regroupe :

- La formation DEIPA
- la formation continue du CHU,
- l'administration de ces différentes structures,
- l'Infothèque,
- le Centre de Formation Multimédia,
- et il accueille le GIPSE (Groupement d'Intérêt Professionnel Santé Education).

Inscrit dans un dynamique d'universitarisation des formations paramédicales Il est partenaire de l'Université Paul Sabatier et son UFR Santé :

- Département médecine, maïeutique et paramédical ;
- Département de chirurgie dentaire ;
- Département des Sciences Pharmaceutiques.

4 instituts du PREFMS sont engagés dans une expérimentation « Licence Sciences pour la Santé », témoignant du partenariat fort avec l'Université et de la dynamique d'innovation pédagogique porté par le PREFMS.

A noter qu'en partenariat avec les CHU de Nîmes, Montpellier, et Nice, le PREFMS propose également une formation d'assistant de régulation médicale, via le CFARM (Centre de formation d'assistant de régulation médicale des CHU).

[Voir annexe 1 : Règlement Intérieur des Ecoles \(du PREFMS\)](#)

## Article 5 : La mission spécifique de recherche et son organisation

La mission de recherche est centrale au CHU de TOULOUSE et nécessite l'intervention des interlocuteurs suivants :

### **Le Directoire et le Vice-Président Recherche :**

Membre du Directoire, Le Vice-Président Recherche est nommé par le Directeur Général, sur proposition conjointe du président d'un établissement public à caractère scientifique et technologique placé sous la tutelle conjointe du ministre chargé de la recherche et du ministre chargé de la santé, ayant pour mission de promouvoir la recherche dans le champ des sciences de la vie et de la santé, du président de l'université dont relève l'unité de formation et de recherche médicale et du vice-président doyen.

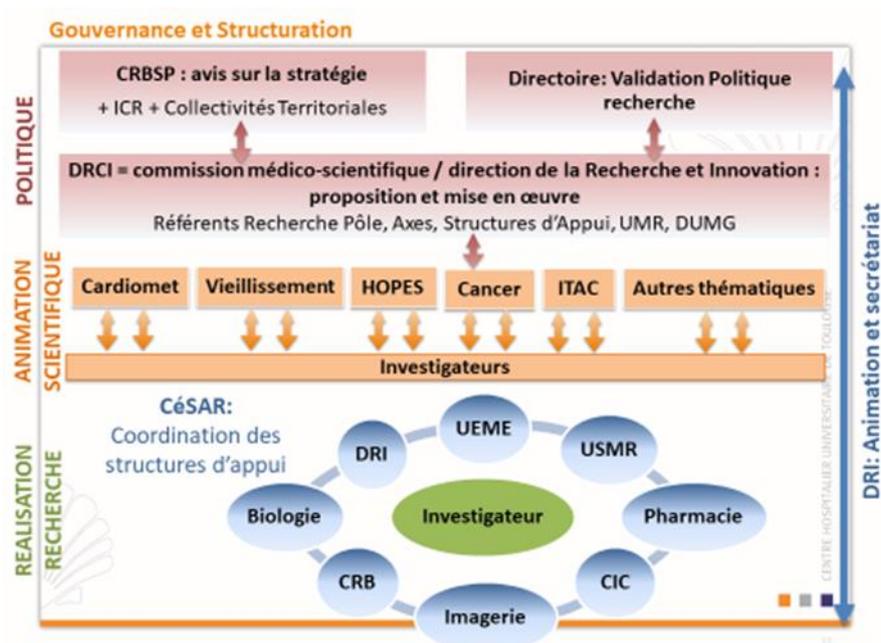
Il prépare notamment le projet d'établissement qui contient un volet recherche et innovation, et il est concerté sur la politique générale en matière de recherche, en particulier sur l'allocation de moyens dans le cadre de l'intéressement.

**Le Comité de Recherche Biomédicale et Santé Publique :** le CRBSP est à la fois une instance de réflexion stratégique sur la recherche clinique et de coordination. À ce titre, il associe des représentants du CHU, de l'Université, des organismes de recherche partenaires (CNRS et Inserm) ainsi que des représentants de la métropole et de la région. A Toulouse, le CRBSP agit comme Comité thématique Recherche et Innovation dans le cadre de la convention hospitalo-universitaire, et associe à ce titre l'Institut Claudius-Régaud. Il se réunit environ 5 fois par an pour décider des stratégies de recherche locale. Il peut éventuellement prendre des décisions ou s'informer sur des projets de recherche ambitieux communs, labéliser et évaluer les instituts universitaires, valider des politiques communes (conventions cadres, partenariats, politique de signature des publications...), intégrer des informations sur la politique et la stratégie nationale de la recherche.

**La Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI commission médico-scientifique) :** sa composition, traduit la volonté d'associer largement les acteurs de la recherche du CHU. On y retrouve des représentants des structures d'appui, un référent recherche par pôle, un ou des représentant(s) des 5 axes /instituts universitaires/FHU, un représentant de la Recherche en soins, mais aussi une représentation forte des structures partenaires (un représentant de l'ICR, un représentant par Faculté, un représentant par UMR, un représentant du Département Universitaire de Médecine Générale - DUMG). Le référent recherche a une mission d'interface souple entre la DRCI et les équipes investigatrices de son pôle. La DRCI, en plus de ses missions de préparation de la politique recherche, est mandatée pour l'expertise et la validation de tous les projets de recherche impliquant la personne humaine de catégories 1 et 2 promus par le CHU de Toulouse. La DRCI se réunit tous les mois et son bureau tous les mois.

**La Direction de la recherche et Innovation (DRI) :** Elle assure le secrétariat de la DRCI et du CRBSP, elle décline opérationnellement les stratégies de recherche définies, elle rend compte des actions menées, elle produit les indicateurs et les rapports d'activité, elle met en place un environnement de recherche performant et de qualité et elle anime une équipe de professionnels chargés du soutien aux investigateurs. Elle assure la promotion des essais cliniques. Elle dirige le pôle recherche qui permet la mise en place opérationnelle de la politique de recherche du CHU.

ARTICLE L. 6142-3 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
ARTICLE L. 123-3 DU CODE DE L'ÉDUCATION



## Article 6 : L'encadrement de la recherche au CHU

Le CHU réalise des recherches organisées et pratiquées sur l'être humain (Recherches impliquant la personne humaine RIPH) en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales. Les recherches impliquant la personne humaine doivent toujours être réalisées dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques. Une recherche impliquant la personne humaine (RIPH) doit être fondée sur le dernier état des connaissances scientifiques et sur une recherche préclinique suffisante.

Très encadrée, la recherche doit respecter un protocole d'étude précis et n'est réalisée qu'à certaines conditions :

- Avoir pour but d'améliorer les connaissances médicales,
- Être menée par des personnes compétentes,
- Prendre toutes les mesures pour protéger les personnes qui se prêtent à la recherche.

La recherche doit être effectuée sous la direction et la surveillance d'un investigateur justifiant d'une expérience appropriée.

Le risque prévisible encouru par les personnes qui se prêtent à la recherche, ne doit pas être hors de proportion avec le bénéfice escompté pour ces personnes ou l'intérêt de cette recherche. Dans le cadre de ces recherches, le CHU garantit que l'intérêt des patients prime toujours sur les seuls intérêts de la science et de la société.

Une surveillance spécifique est mise en place par le CHU, promoteur responsable de l'étude, dans le cadre des recherches de 1<sup>ère</sup> catégorie afin de recueillir et d'analyser l'ensemble des événements indésirables graves ou non survenus dans le cadre de la recherche afin d'évaluer et de renforcer la sécurité des personnes qui se prêtent aux essais cliniques.

## Article 7 : L'intégrité scientifique de la recherche au CHU

Dans le cadre de la dynamique éthique et déontologique promue par le CHU de Toulouse, celui-ci s'engage sur l'intégrité scientifique en observant les enjeux pratiques, éthiques et intellectuels inhérents à la recherche :

- La **fiabilité**, en garantissant la qualité de la recherche ;
- L'**honnêteté**, en élaborant, entreprenant, évaluant, déclarant et faisant connaître la recherche d'une manière transparente, juste, complète et objective ;
- Le **respect** envers les collègues, les participants à la recherche, la société, les écosystèmes, l'héritage culturel et l'environnement ;
- La **responsabilité** pour les activités de recherche, de l'idée à la publication, leur gestion et leur organisation, pour la formation, la supervision et le mentorat, et pour les implications plus générales de la recherche.

Le CHU de Toulouse mène une politique de prévention du plagiat et s'assure de la bonne application des règles de l'ICMJE (Comité international des éditeurs de revues médicales) dans la publication d'article scientifique.

Il assure aussi la formation éthique et déontologique pour une conduite responsable.

Le CHU de TOULOUSE s'engage sur l'intégrité scientifique en s'appuyant notamment sur les acteurs suivants :

➤ **L'Office Français d'intégrité scientifique**

Il contribue à la définition d'une politique nationale de l'intégrité scientifique. Il coordonne la réflexion pour l'élaboration de référentiels, d'avis et de recommandations. Il accompagne les établissements d'enseignement supérieur et de recherche réunis au sein de la conférence des signataires de la charte de 2015.

➤ **Le Collège de déontologie**

Il intervient pour aider à résoudre des questions d'ordre déontologique – dont, en premier lieu, celles ayant trait aux liens et conflits d'intérêts - ou d'éthique professionnelle, sans se substituer au Comité d'Éthique du CHU.

## Chapitre 2 : La coopération

### Article 8 : Le GHT de la Haute-Garonne et du Tarn-Ouest

Dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, le groupement hospitalier de territoire (GHT) de la Haute-Garonne et du Tarn-Ouest s'est constitué en 2016 autour du Centre hospitalier (CH) Comminges-Pyrénées, du Centre hospitalier de Lavaur, des Hôpitaux de Luchon, du Centre hospitalier Gérard Marchant, du Centre hospitalier de Muret et du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse, établissement support du GHT.

Le GHT de la Haute-Garonne et du Tarn-Ouest propose une offre de soins de proximité, de recours et de référence ; il couvre l'ensemble des activités sanitaires et médico-sociales : médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), psychiatrie, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée, prise en charge de la dépendance et du handicap pour le champ médico-social.

Trois de ses établissements parties ont constitué la Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT) de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest.

Le GHT dessert un territoire étendu sur 250 km, de la frontière espagnole jusqu'au centre du Tarn, aux caractéristiques très contrastées, constitué de plaines, de vallées, de moyenne et haute montagne.

L'objectif de cette nouvelle organisation hospitalière est de garantir à tous les patients du territoire un meilleur accès aux soins en renforçant la coopération entre hôpitaux publics autour d'un projet médical (PMP) et d'un projet de soins partagés, élaborés par le GHT.

ARTICLES L. 6132-1 et suivants et R.6132-1 et suivants DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 9 : Les instances du GHT

### Le comité stratégique

Le comité stratégique est présidé par le Directeur de l'établissement support, à savoir le Directeur Général du CHU de Toulouse.

Il est chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention constitutive, du projet médical partagé ainsi que sur la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions. D'autre part, il élabore le règlement intérieur du groupement, reçoit les avis émis par la commission médicale, ou le collège médical, de groupement, par la CSIRMT de groupement et par la commission ou le comité des usagers de groupement, reçoit pour avis les Etats Prévisionnels des Recettes et des Dépenses (EPRD) des établissements parties au groupement et le médecin responsable du Département d'Information Médicale (DIM) de territoire lui dresse un bilan annuel de l'activité du groupement.

ARTICLES L. 6132-2 et R.6132-10 à R.6132-10-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

### La Commission Médicale de Groupement

La Commission Médicale de groupement comprend des membres avec voix délibératives, et des membres avec voix consultatives. Le détail de sa composition est fixé par le Code de la Santé Publique.

La commission médicale de groupement établit un règlement intérieur. Elle peut librement constituer des sous-commissions pour traiter des matières relevant de ses attributions.

La commission médicale de groupement peut faire des propositions au comité stratégique sur toute opération visant à mettre en œuvre le projet médical partagé.

La commission médicale de groupement élabore le projet médical partagé.

#### Elle est consultée sur les matières suivantes :

- 1° La constitution d'équipes médicales de territoire ;
- 2° La mise en place de pôles inter-établissements ou de fédérations médicales interhospitalières ;
- 3° Le schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins ;
- 4° La politique territoriale d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins du groupement ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

5° Les orientations stratégiques communes aux établissements parties en matière de gestion prospective des emplois et des compétences, d'attractivité et de recrutement, de rémunération et de temps de travail concernant les personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;

6° La politique territoriale de développement professionnel continu de ces personnels ;

7° Le projet social et le projet managérial du groupement, pour leur volet relatif aux personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques des établissements parties ;

8° Les objectifs communs des projets sociaux et managériaux des établissements parties au groupement, concernant les professionnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;

9° La politique en matière de coopération territoriale concernant les établissements parties ;

10° La politique territoriale de recherche et d'innovation ;

11° La politique territoriale des systèmes d'information ;

12° Le cas échéant, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens unique, le programme d'investissement unique ou le plan pluriannuel de financement unique.

**La commission médicale de groupement est informée sur les matières suivantes :**

1° Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements parties au groupement ;

2° Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux des établissements parties ;

3° La politique territoriale d'achat des produits de santé et équipements médicaux.

La commission élit son président et son vice-président parmi les praticiens qui en sont membres titulaires. La durée des fonctions de président de la commission médicale de groupement est de quatre ans, renouvelable une fois.

Le président de la commission médicale de groupement veille au bon fonctionnement de la commission.

Le président présente annuellement à la commission médicale de groupement son programme d'actions, en tenant compte des actions déjà mises en œuvre.

Il présente un bilan de la mise en œuvre du projet médical partagé au comité stratégique.

Le président de la commission médicale de groupement signe conjointement avec le directeur de l'établissement support les contrats de pôles cliniques ou médico-techniques inter-établissements conclus avec le chef de pôle.

Le président de la commission médicale de groupement décide conjointement avec le directeur de l'établissement support des nominations des chefs de pôles inter-établissements entre tout ou partie des établissements parties au groupement.

Le président de la commission médicale de groupement participe à l'élaboration de la politique d'accompagnement à la prise de responsabilité managériale territoriale des professionnels médicaux.

**ARTICLES L. 6132-2-1 et D. 6132-9 à D. 6132-9-11 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE**

## **Le comité territorial des élus locaux**

La convention constitutive définit la composition et les règles de fonctionnement du comité territorial des élus locaux.

Les maires des communes sièges des établissements parties au groupement, les représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils d'administration des établissements ou services médico-sociaux parties, le président du comité stratégique, les directeurs des établissements parties au groupement et le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement en sont membres de droit.

Le comité territorial des élus locaux évalue et contrôle les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. D'autres missions peuvent lui être déléguées dans la convention constitutive.

ARTICLE R. 6132-13 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## **La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement**

Le président de la CSIRMT de groupement est un coordonnateur général des soins désigné par le directeur de l'établissement support. Il n'est pas nécessairement celui de l'établissement support.

Cette commission est composée des présidents et, en nombre fixé par la convention constitutive, de représentants des commissions de CSIRMT des établissements de santé parties et de représentants de professionnels paramédicaux des établissements ou services médico-sociaux parties au groupement. Les avis émis par la CSIRMT de groupement sont transmis au comité stratégique de groupement et à chaque CSIRMT des établissements parties au groupement.

ARTICLES L. 6132-2-6 et suivants et R. 6132-12 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## **Le comité des usagers**

Le comité des usagers est présidé par le directeur de l'établissement support du groupement.

La convention constitutive fixe sa composition et ses compétences. Compte tenu du vaste champ de compétence des commissions des usagers des établissements de santé (suivi des plaintes et réclamations, veille au respect des droits des usagers, participe à l'élaboration de la politique d'accueil, de la prise en charge, participe à la politique de qualité ...) les missions de la commission ou du comité sont fixés par la convention constitutive.

Les avis émis par le comité des usagers de groupement sont transmis aux membres du comité stratégique et à chacune des commissions des usagers des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

ARTICLE R. 6132-11 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## **La conférence territoriale de dialogue social**

La conférence territoriale de dialogue social comprend :

1° Le président du comité stratégique, président de la conférence ;

2° Un représentant de chaque organisation syndicale représentée dans au moins un comité technique d'établissement d'un établissement partie au groupement ;

3° Des représentants, en nombre fixé par la convention constitutive, des organisations représentées dans plusieurs comités techniques d'établissement des établissements parties au groupement ;

4° Le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement, le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du groupement et d'autres membres du comité stratégique, désignés par son président.

La conférence territoriale de dialogue social est informée des projets de mutualisation, concernant notamment la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, les conditions de travail et la politique de formation au sein du groupement hospitalier de territoire.

ARTICLE R. 6132-14 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 10 : La coopération CHU/Institut Universitaire du Cancer

Partenaires incontournables de la cancérologie, le CHU de Toulouse et l'ICR ont décidé d'engager, en étroite collaboration avec les autres acteurs de la cancérologie Toulousaine et de Midi-Pyrénées, une coopération unique en France consistant, **d'une part** :

- dans une coordination sans doublon de l'offre publique sur les trois sites de cancérologie dépendant des deux partenaires, à savoir l'Institut Universitaire du Cancer de Toulouse - Purpan (site CHU), l'Institut Universitaire du Cancer de Toulouse - Rangueil-Larrey (site CHU) et le nouveau site de l'Institut Universitaire du Cancer de Toulouse - Oncopole (site Langlade CHU/CRLCC) ;

Cette coordination s'intègre par ailleurs dans un ensemble plus vaste au sein de l'hémi-région Occitanie-Ouest (ex Midi-Pyrénées) dans le cadre du **GIP Institut Universitaire du Cancer de Toulouse** regroupant l'offre publique toulousaine mais aussi les acteurs régionaux (GCS Cancérologie Publique et Privée, Universités, Réseau Régional de Cancérologie, INSERM et CNRS, EFS notamment).

**et d'autre part** :

- dans un regroupement fonctionnel de leurs activités de soins et de leurs équipements matériels lourds à visée oncologique respectives au sein de l'IUCT-Oncopole (site de Langlade) par la constitution d'un **Groupe de Coopération Sanitaire de moyens «Institut Universitaire du Cancer de Toulouse -Oncopole (GCS IUCT-O) »** conclu en date du 23 Décembre 2013.

Le GCS IUCT-O dispose de son propre Règlement intérieur, adopté par son Assemblée Générale, en date du 14 Décembre 2016 (Version actualisée après avenant n°2).

Au sein de cette organisation originale, les activités médicales du site de Langlade sont réparties en blocs de compétence placés sous la responsabilité propre de l'un ou l'autre des partenaires – à l'exception des activités de la Pharmacie à Usage Unique et l'activité de Radio Protection du site rattachées directement au GCS IUCT-O.

<b>GCS IUCT-Oncopole</b>	
<b><i>Institut Claudius Regaud</i></b>	<b><i>CHU de Toulouse</i></b>
Accueil / Consultation	Hématologie / Greffes
Chirurgie / Anesthésie	Médecine interne HC/HDJ
Oncologie Médicale	Radiothérapie interne vectorisée
Radiothérapie / Imagerie	Réanimation / Soins Continus
Oncogénétique	Anatomo-pathologie
Laboratoire de biologie médicale	Laboratoire Onco-Hématologie
Pharmacie à Usage Interne - Radioprotection en commun	

Cette organisation opérationnelle est complétée sur le plan financier par un dispositif de facturation réciproque des prestations assurées dans le cadre du GCS IUCT-O (Modèle Economique et Financier – M.E.F).

**Le GCS Clinique Universitaire du Cancer (GCS CUC)** a été en parallèle constitué dès le 16 février 2007 pour gérer le financement des opérations d'investissements (travaux et équipements) relatifs à la mise en œuvre de ce projet de coopération, sur la base initiale d'enveloppe de crédits nationaux.

La gouvernance de cette coopération repose sur un équilibre réciproque des fonctions dévolues aux partenaires : la Présidence de l'Assemblée Générale du GCS IUCT-O et les fonctions d'administrateur du GCS CUC sont dévolues au Directeur Général du CHU, les fonctions d'administrateur du GCS IUCT-O et la Présidence de l'Assemblée Générale du GCS CUC reviennent au Directeur Général de l'ICR.

A titre complémentaire, les deux partenaires ont constitué en 2019 l'**Association Toulousaine en Oncologie Publique** en vue de la mise en œuvre de la démarche d'accréditation européenne délivrée par l'Organisation of European Cancer Institutes (OECI) sur le périmètre de leur collaboration inter-sites.

## Partie 2 : L'organisation institutionnelle

---

### Chapitre 1 : Le projet d'établissement et projet managérial

#### Article 11 : Le projet d'établissement

##### **Le projet d'établissement :**

Le Projet d'Etablissement définit la politique générale de l'institution sur la base du projet médical et des soins infirmiers, de la recherche, le schéma Directeur du système information, le schéma Directeur architectural, la politique de Responsabilité Sociale d'Entreprise (RSE), le projet qualité, le projet des usagers, le projet managérial, le projet social, le projet des psychologues etc. Ce projet s'inscrit dans les objectifs du Schéma Régional de Santé.

Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme.

La gouvernance du projet revient au Directeur Général et au Président de la Commission Médicale d'établissement (PCME). Au CHU de Toulouse, son élaboration et l'animation de sa mise en œuvre est confiée à la Commission Mixte Stratégie, qui est une sous-commission de la CME.

La Commission Mixte Stratégie se réunit de manière hebdomadaire pour suivre l'avancement de l'ensemble des projets, assurer la coordination des actions dans le respect du calendrier fixé à l'élaboration de celui-ci. Elle alerte le Directeur Général et le Président de la CME autant que nécessaire. Des groupes projets composés de membres de pôles concernés et de collaborateurs des différentes fonctions supports œuvrent à leur mise en œuvre opérationnelle.

ARTICLE L. 6143-2 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 12 : Le projet managérial

En lien avec le projet d'établissement, le projet managérial du CHU de TOULOUSE vise notamment à :

- renforcer la participation des médecins au pilotage du CHU, en poursuivant l'association de la CME en amont à l'élaboration des décisions structurantes pour la politique médicale, la qualité et la pertinence des soins, avec l'implication forte d'une collaboration constructive du Directeur Général et du Président de la CME ;
- veiller à ce que l'ensemble des fonctions et directions support soit intégralement tendu vers l'amélioration continue du service rendu aux patients et aux équipes soignantes ;
- veiller à la formation continue et permanente des managers en santé, aussi bien pour les professionnels médicaux que non-médicaux ;

## Chapitre 2 : La gouvernance médico-administrative

### Article 13 : Le Directeur Général

#### **Attributions du Directeur Général :**

Le Directeur Général 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 dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques et de l'indépendance professionnelle du praticien hospitalier dans l'exercice de son art. Il est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement.

Il a le pouvoir de transiger. Il préside un Directoire disposant de compétences propres et assurant une fonction de conseil auprès de lui dans la gestion et la conduite de l'établissement. Il participe aux séances du Conseil de Surveillance dont il exécute les délibérations.

Le Directeur Général, après concertation avec le Directoire :

- Conclut le contrat pluriannuel ;

- Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;
- Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;
- Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés dans le code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;
- Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;
- Arrête le plan blanc de l'établissement ;
- Arrête le règlement intérieur de l'établissement.

Il définit l'organisation du CHU en pôles d'activités conformément au projet médical d'établissement, après avis du Président de la CME et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale.

Il nomme les chefs de pôle notamment pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique sur proposition conjointe du Président de la commission médicale d'établissement et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale. Il nomme les chefs de service sur proposition du chef de pôle après avis du président de la CME.

Le Directeur Général est assisté d'un Directeur Général Adjoint dans l'exercice de ses missions.

Le Directeur Général est également assisté par une équipe de Directeurs adjoints dont il détermine le positionnement dans l'organigramme de Direction, en charge des directions fonctionnelles, des directions de sites, et des directions de pôles.

Le Directeur Général en tant qu'Autorité Qualifiée pour la Sécurité des Systèmes d'Information (AQSSI) est responsable de la bonne application des mesures de sécurité pour la Sécurité des Systèmes d'Information.

#### **Délégation de Signature du Directeur Général :**

Le Directeur Général peut déléguer sa signature aux personnels sur lesquels il exerce son autorité hiérarchique, et notamment aux membres de l'équipe de Direction. Il détermine librement, en tenant compte des fonctions occupés et du grade de l'agent, des périmètres de délégations accordées à chacun au sein du CHU de TOULOUSE.

Afin d'assurer la continuité du service public hospitalier au sein du CHU de TOULOUSE, le Directeur organise avec les membres de son équipe de Direction et, le cas échéant, d'autres cadres de Direction et collaborateurs auxquels il a donné délégation de signature, les gardes administratives.

#### **Pouvoir de Police du Directeur Général :**

Le Directeur Général, peut exercer son pouvoir de police à l'égard du patient qui perturbe le bon fonctionnement du service public hospitalier de par son comportement. Cela peut aller jusqu'à la sortie du patient hospitalisé, si son état de santé le permet. Le patient peut également voir sa responsabilité civile engagée.

Une obligation de quitter les lieux peut être prononcée, par le Directeur Général, ou son représentant, à l'encontre de tout usager ou visiteur qui perturberait le bon fonctionnement du service public hospitalier. L'usager ou le visiteur peut, ainsi, se voir interdire de pénétrer dans les locaux du CHU de manière temporaire ou permanente, sauf si son état de santé requiert des soins urgents.

## Article 14 : Le Président de la Commission Médicale d'Établissement (PCME)

Le Président de la CME est élu par ses pairs.

Il est le 1er vice-président du Directoire. Il élabore avec le Directeur Général, et, en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical d'établissement. Il en assure la mise en œuvre et en dresse le suivi annuel.

Il coordonne la politique médicale de l'établissement. Il est chargé conjointement avec le Directeur Général de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

### **Il coordonne la politique médicale de l'établissement et assure les missions suivantes :**

- il contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques médicales ;
- il veille à la coordination de la prise en charge des patients ;
- il contribue à la promotion de la recherche médicale et à l'innovation thérapeutique ;
- il coordonne l'élaboration du plan de développement professionnel continu des personnels médicaux ;
- il présente un rapport annuel au directoire et au conseil de surveillance sur la mise en œuvre de la politique médicale d'établissement.

Avec le Directeur général, il veille à la mise en œuvre des engagements du CHU en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (notamment à l'issue de la certification). Il contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques médicales, tout en veillant à la coordination de la prise en charge du patient.

## Article 15 : Le Directoire

Le CHU de Toulouse est doté d'un Directoire.

### **Le Directoire a pour missions :**

- D'appuyer et conseiller le Directeur Général dans la gestion et la conduite de l'établissement ;
- Approuver le projet médical ;
- Préparer le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ;
- Conseiller le Directeur Général dans la gestion et la conduite de l'établissement.

**La composition du Directoire est la suivante :**

Le Directoire est composé de onze membres, d'une part de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et d'autre part du personnel d'odontologie.

**Membres avec voix délibérative :**

- Le Directeur Général, président du Directoire ;
- Le Président de la Commission Médicale d'Établissement, premier Vice-Président ;
- Un Vice-Président doyen, Directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou président du comité de coordination de l'enseignement médical ;
- Un Vice-Président chargé de la recherche nommé par le Directeur Général sur proposition conjointe du président d'un établissement public à caractère scientifique et technologique placé sous la tutelle conjointe du ministre chargé de la recherche et du ministre chargé de la santé, ayant pour mission de promouvoir la recherche dans le champ des sciences de la vie et de la santé, du président de l'université dont relève l'unité de formation et de recherche médicale et du vice-président doyen ;
- Le Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique ;
- Un membre du personnel non médical nommé par le Directeur Général sur proposition du président de la CSIRMT et, le cas échéant, révoqué par le Directeur Général, après information du Conseil de Surveillance ;
- 5 membres du personnel médical nommés par le Directeur Général sur proposition du président de la commission médicale d'établissement conjointement avec le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical, et, le cas échéant révoqués par le Directeur Général après information du Conseil de Surveillance;

**Membres avec voix consultative :**

- Le Directeur Général peut en outre, sur avis conforme du Président de la Commission Médicale d'Établissement et après consultation du Directoire, désigner aux plus trois personnalités qualifiées, qui peuvent notamment être des représentants des usagers ou des étudiants. Ces personnalités participent avec voix consultative aux séances du Directoire.

La durée du mandat des membres du Directoire est de 4 ans. Les fonctions de membre du Directoire sont exercées à titre gratuit.

*Voir annexe 2 : Règlement Intérieur du Directoire*

ARTICLES L. 6143-7 ET SUIVANTS ET D. 6143-35-4 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 16 : Le Conseil de Surveillance

**Les missions :**

Le Conseil de surveillance définit notamment les orientations stratégiques et assure le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il communique au Directeur Général de l'Agence régionale de santé (DGARS) ses observations sur le rapport annuel présenté par le Directeur Général et sur la gestion de l'établissement.

Il délibère sur :

- Le projet d'établissement ;
- La convention constitutive du CHU et les conventions passées conjointement avec les Universités en matière d'enseignement et de recherche ;
- Le compte financier et l'affectation des résultats ;
- Tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
- Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement ;
- Toute convention conclue entre le CHU et l'un des membres de son Directoire ou de son Conseil de Surveillance ;
- Les statuts des fondations hospitalières créées par le CHU ;
- Les prises de participation et les créations de filiales.

Il donne également son avis sur :

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

Le Conseil de Surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et se fait communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission : les documents financiers pluriannuels élaborés en concertation avec le Directoire, les documents stratégiques relatifs au projet d'établissement et à la participation à des coopérations et réseaux validés en concertation avec le Directoire.

Le Conseil de Surveillance entend le Directeur Général sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que sur le programme d'investissement. Il est informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'agence régionale de santé et l'établissement ainsi que de ses modifications.

Le Conseil de Surveillance nomme le commissaire aux comptes chargé de la certification.

**La composition :**

Le Conseil de surveillance comprend trois collèges où siègent respectivement des représentants des collectivités territoriales, des représentants de personnel de l'établissement et des personnalités qualifiées, dont des représentants d'usagers.

Le Président du Conseil de Surveillance est élu parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées, pour une durée de cinq ans. Le Président du Conseil de Surveillance désigne parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées, un Vice-Président, qui préside le Conseil de Surveillance en son absence.

Le détail de la composition du Conseil de Surveillance est prévu par les dispositions du Code de la Santé Publique.

*Voir annexe 3 : Règlement intérieur du Conseil de Surveillance*

ARTICLES L. 6143-1 ET SUIVANTS DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ET ARTICLES R. 6143-1 ET SUIVANTS DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Chapitre 3 : Les instances consultatives et de dialogue social

### Article 17 : La Commission Médicale d’Etablissement (CME)

Cette commission est représentative des personnels médicaux, odontologiques, maïeutiques et pharmaceutiques. La Commission Médicale d’Etablissement (CME) est constituée de commissions et de comités pour certains d’ordre réglementaire.

#### **Les missions :**

En application des dispositions de l’article R.6144-1 du CSP, les attributions générales de la Commission Médicale d’Etablissement (CME) sont les suivantes :

**La Commission médicale d’établissement est consultée sur des matières sur lesquelles le comité technique d’établissement est également consulté; ces matières sont les suivantes:**

- Les projets de délibérations mentionnées à l’article L. 6143-1 du CSP ;
- Les orientations stratégiques de l’établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
- Le plan de redressement ;
- L’organisation interne de l’établissement. A ce titre, la commission se prononce notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l’organisation en pôles de l’établissement ;
- Les modalités d’accueil et d’intégration des professionnels et étudiants ;
- La gestion prévisionnelle des emplois et compétences ;
- La convention constitutive d’un groupement hospitalier de territoire.

**La commission médicale d’établissement est également consultée sur les matières suivantes:**

- Le projet médical de l’établissement ;
- La politique en matière de coopération territoriale de l’établissement ;
- La politique de la recherche clinique et de l’innovation de l’établissement ;
- La politique de formation des étudiants et internes ;
- La politique de recrutement des emplois médicaux ;
- Le contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens ;
- La mise en œuvre de l’une des actions mentionnées au III de l’article L. 6112-2;
- Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;
- Les modalités de la politique d’intéressement et le bilan social ;
- Le règlement intérieur de l’établissement ;
- Le programme d’investissement concernant les équipements médicaux.

**La Commission médicale d’établissement est informée sur les matières suivantes:**

- Le rapport annuel portant sur l’activité de l’établissement ;

- Les contrats de pôles ;
- Le bilan annuel des tableaux de service ;
- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- La programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

La Commission médicale d'établissement contribue également à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne:

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

La Commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment:

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

Dans ce cadre, la CME propose au Directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables, notamment ceux mentionnés à l'article L. 6111-2 du CSP.

Ce programme comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité. La Commission des usagers et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques contribuent à l'élaboration de ce programme d'actions.

La CME élabore un rapport annuel présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi. Le Directeur tient le programme d'actions et le rapport annuel à la disposition du Directeur Général de l'Agence Régionale de la Santé.

#### **La composition :**

La Commission Médicale d'Etablissement élit son Président et ses Vice-présidents parmi les praticiens titulaires membres avec voix délibérative de la commission. Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement est élu parmi les personnels enseignants et hospitaliers titulaires de l'hôpital. Les Vice-présidents sont élus parmi les représentants des praticiens hospitaliers titulaires du Centre Hospitalier Universitaire.

Le détail de la composition de la CME est prévu par les dispositions du Code de la Santé Publique.

*Voir annexe 4 : Règlement intérieur de la Commission Médicale d'Etablissement (CME)*

**ARTICLES R.6144-1 ET SUIVANTS DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE**

## Article 18 : Les Sous-Commissions de la CME

Le Président de la CME propose la désignation des Présidents et Vice-Présidents des sous-commissions de la CME. Dans la désignation de ces derniers, la parité femme – homme est encouragée ainsi que la parité entre les personnels enseignants et hospitaliers et les praticiens hospitaliers.

Ces propositions sont soumises à l’approbation de la CME.

Les sous-commissions de la CME sont les suivantes :

### Les Commissions et comités relatifs à la qualité et à la sécurité des soins

- **Le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)**, dans le cadre de la gestion des risques, a un rôle qui consiste à définir la politique de prévention des infections nosocomiales et du risque infectieux et à coordonner la mise en application de cette politique par l’équipe mobile d’hygiène et les autres professionnels. Il élabore des protocoles de soins, vérifie leur application et intervient dans la formation du personnel sur les règles d’hygiène.
- **Le Comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN)** a pour mission de conseiller en matière de qualité et sécurité de l’alimentation et de la nutrition des patients et personnels accueillis au CHU.
- **Le Comité de lutte contre la douleur (CLUD)** définit au sein de l’établissement une politique cohérente en matière de prise en charge de la douleur et des soins palliatifs. Il veille aussi à la promotion et à la mise en œuvre des actions dans ce domaine. Il travaille en collaboration avec le comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles.
- **La Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS)** définit la liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles (DMS) dont l’usage est recommandé dans les établissements de soins. Elle a un rôle fondamental dans les domaines de la qualité des soins et de l’efficacité économique, dans un souci d’optimisation des ressources mises à la disposition des services de soins. Elle est également chargée de suivre le volet relatif aux produits de santé du contrat d’amélioration de la qualité et de l’efficacité des soins. Elle joue aussi un rôle dans la lutte contre l’iatrogénie et met en place une méthodologie pour évaluer son action dans ce domaine.
- **Le Comité de sécurité transfusionnelle et hémovigilance (CSTH)** contribue à l’amélioration de la sécurité des patients transfusés et veille à la mise en œuvre des règles d’hémovigilance. Il est consulté sur la politique transfusionnelle, la répartition des moyens financiers alloués à la sécurité transfusionnelle, l’organisation du suivi médical des receveurs et le programme de formation du personnel paramédical et médical.
- **Le Comité de lutte contre la thrombose (CLOT)** a pour objectif de réduire la morbidité et la mortalité de la maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV) et de ses traitements.
- **La Commission Pertinence** a pour mission d’inciter les pôles et chacun de leurs services à entrer dans une démarche de pertinence des prescriptions et des actes diagnostiques et thérapeutiques. Elle a également pour mission de permettre aux équipes médicales de pouvoir contrôler les actions menées (indicateurs de performance...), dans une optique de qualité de prise en charge des patients.

## Les Commissions permanentes

- **La Commission de soutien et de conciliation** s'adresse aux personnels médicaux, pharmaciens, odontologistes et maïeuticiens en formation (internes, étudiants hospitaliers) ou en activité de plein droit, cette commission a pour but de traiter les signalements relatifs à des difficultés individuelles et collectives, des questions de déontologie ou d'éthique, des conflits potentiels au sein d'une équipe ou impliquant des enjeux hiérarchiques ou de responsabilités ou toutes difficultés relationnelles impactant significativement la qualité de vie au travail.
- **La Commission de révision des effectifs médicaux (CREM)** a pour mission d'étudier et de proposer à la CME, aux Doyens, au Directoire et à la Direction générale, dans le cadre de la révision des effectifs médicaux, les évolutions et propositions de postes hospitalo-universitaire et hospitaliers. Elle tient compte des enjeux stratégiques de l'établissement et des disciplines.
- **La Commission d'organisation de la permanence des soins (COPS)** a pour mission d'assurer l'organisation de la permanence des soins (gardes sur place et astreintes) et de proposer à la CME toute modification. Elle assure également une mission de contrôle de cette activité.
- **La Commission du développement professionnel continu (CDPC)** a pour mission d'organiser la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles des praticiens.
- **La Commission des équipements médicaux** a pour missions de recenser, d'analyser et de valider les demandes d'équipements médicaux qui émanent de chaque pôle, dans le cadre d'un budget alloué.

## Les Commissions mixtes

Les commissions mixtes sont des commissions placées à la fois sous l'égide de la Direction Générale et de la Présidente de la Commission Médicale d'Etablissement (PCME).

- **La Commission des Hospitalisations** a pour mission de trouver les solutions les plus appropriées pour maintenir la continuité des soins et l'activité programmée. Hors situation de tension, sa mission est d'optimiser les ressources pour soutenir la reprise d'activité.
- **La Commission Stratégie** a pour objectifs de faciliter l'émergence de projets innovants médicaux et soignants, concourir à l'amélioration des conditions d'exercice et de l'attractivité médicale et accompagner la transformation du CHU en assurant un équilibre budgétaire durable.
- **La Commission Médicale du Numérique et du Dossier Patient** prend en compte et organise les enjeux, selon les pôles ou de façon transversale, de la santé numérique et de l'intelligence artificielle. Elle définit les enjeux sanitaires, le développement d'applications, les liens avec les dossiers informatisés et la sécurité des données. Elle est en relation étroite avec les directions fonctionnelles et bénéficie de leur appui.

## Article 19 : La Commission de l'Activité Libérale (CAL)

La Commission de l'Activité Libérale est chargée de veiller au bon déroulement de l'activité libérale, dans le respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant ainsi que des stipulations des contrats signés par les praticiens.

**Les missions :**

La commission de l'activité libérale de l'établissement peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale ou en être saisie par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie ou d'un organisme obligatoire d'assurance maladie, le président du conseil départemental de l'ordre des médecins, le président du conseil de surveillance, le président de la commission médicale d'établissement (CME) et le directeur de l'établissement.

Un praticien peut saisir la commission de l'activité libérale de toute question relative à l'exercice de son activité libérale.

La commission saisit le directeur de l'établissement et le président de la CME dans les cas où elle est informée de difficultés rencontrées dans l'organisation des activités médicales publiques du fait de manquements d'un praticien dans l'exercice de son activité libérale intra-hospitalière ou du non-respect des engagements des clauses des contrats d'activité libérale signés par les praticiens.

Elle informe le président du conseil départemental de l'ordre des médecins lorsqu'elle a connaissance d'un non-respect par le praticien des règles déontologiques.

La commission peut soumettre aux autorités toute question ou proposition relative à l'activité libérale des praticiens. Elle peut saisir la commission régionale de l'activité libérale.

La commission définit un programme annuel de contrôle des conditions d'exercice de l'activité libérale au sein de l'établissement.

Chaque année, la commission établit un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein d'établissement et sur les informations financières qui lui ont été communiquées.

Le rapport est communiqué, pour information, à la CME, au conseil de surveillance, à la commission des usagers, au directeur de l'établissement et au directeur général de l'ARS.

**La composition :**

Les membres de la commission de l'activité libérale sont nommés par le directeur général de l'agence régionale de santé.

En vertu des dispositions de l'article R.6154-12 du CSP, la commission comprend :

- Un membre du conseil départemental de l'ordre des médecins, n'exerçant pas dans l'établissement et n'ayant pas d'intérêt dans la gestion d'un établissement de santé privé, désigné sur proposition du président du conseil départemental de l'ordre des médecins ;
- Deux représentants désignés par le conseil de surveillance parmi ses membres non médecins ;
- Le directeur de l'établissement public de santé ou son représentant ;
- Un représentant de la caisse primaire d'assurance maladie désigné par son directeur;
- Deux praticiens exerçant une activité libérale désignés par la commission médicale d'établissement ;
- Un praticien statutaire à temps plein, n'exerçant pas d'activité libérale, désigné par la commission médicale d'établissement ;
- Un représentant des usagers du système de santé choisi parmi les membres des associations mentionnées à l'article L. 1114-1 du CSP

Elle élit son Président parmi ses membres.

*Voir annexe 8 : Charte de l'activité libérale*

ARTICLES R.6154-11 ET SUIVANTS DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 20 : Le Comité Social d'Établissement (CSE)

Le Comité Social d'Établissement (CSE) est la nouvelle instance de représentation du personnel dans la fonction publique hospitalière. Le CSE est issu de la fusion en une seule instance du Comité Technique d'Établissement (CTE) et du CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité, et des Conditions de Travail).

### **Les missions :**

Le CSE est consulté sur :

- 1° Le règlement intérieur de l'établissement ;
- 2° Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 du code de la santé publique ;
- 3° Le plan global de financement pluriannuelle ;
- 4° L'accessibilité des services et la qualité des services rendus à l'exception de la qualité des soins et des questions qui relèvent de la compétence de la commission médicale d'établissement, de la commission des usagers et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ;
- 5° L'organisation interne de l'établissement mentionnée à l'article L. 6143-7 du code de la santé publique ;
- 6° Les projets de réorganisation de service ;
- 7° La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la politique générale de formation du personnel, y compris le plan de formation ;
- 8° Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique ;
- 9° 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 ;
- 10° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants.

Le CSE est informé chaque année sur les éléments suivants :

- 1° La situation budgétaire de l'établissement ;
- 2° Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique ;
- 3° Le budget prévu à l'article L. 6145-1 du même code ;
- 4° Les décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7 du même code.

Conformément aux dispositions de l'article R.6144-82 du CSP, la commission médicale d'établissement et le comité social d'établissement peuvent décider de délibérer conjointement des questions relevant de leurs compétences consultatives communes. A l'issue de ces délibérations, ils émettent des avis distincts.

### **La composition :**

Le Comité Social d'Établissement (CSE) est présidé par le Directeur Général ou son représentant.

Le Directeur Général ou son représentant a la possibilité de se faire assister d'un ou plusieurs collaborateurs de son choix, sans que ce ou ces derniers ne puissent prendre part aux votes.

Un représentant du comité social d'établissement et un représentant de la commission médicale d'établissement assistant, avec voix consultative, aux réunions respectives de chacune de ces deux instances. Les représentants sont élus par chacune des instances concernées.

Le nombre de représentants titulaires et suppléants du comité social d'établissement est fixé par les dispositions juridiques en vigueur.

### **La formation spécialisée du CSE :**

#### **Les missions :**

Les formations spécialisées en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail exercent leurs attributions à l'égard du personnel du ou des services de leur champ de compétence et de celui mis à la disposition et placé sous la responsabilité du Directeur Général du CHU de TOULOUSE.

La formation spécialisée instituée au sein du comité social d'établissement exerce ses attributions sur le périmètre du comité auquel elle appartient. Les formations spécialisées de site sont seules compétentes pour exercer leurs attributions sur le périmètre du site pour lequel elles sont créées.

Le détail des missions de la formation spécialisée du CSE est fixé par les dispositions juridiques en vigueur.

#### **La composition :**

Le président du comité social d'établissement ou son représentant préside la formation spécialisée du comité. Outre les médecins du travail, assistent aux réunions des formations spécialisées, à titre consultatif, les représentants de l'administration en charge des dossiers concernés et le représentant du service compétent en matière d'hygiène.

Les formations spécialisées comprennent également des représentants des personnels médecins, pharmaciens et odontologistes, en tant que membres titulaires et membres suppléants

Le nombre de représentants titulaires et suppléants de la formation spécialisée du comité social d'établissement est fixé par les dispositions juridiques en vigueur.

Le détail de la composition spécialisée du CSE est prévu par les dispositions juridiques en vigueur.

### *Annexe 5 : Règlement intérieur du Comité Social d'Etablissement (CSE)*

Décret n°2021-1570 du 3 décembre 2021 et ARTICLE R.6144-40 et suivant du Code de la Santé Publique et Articles L251-11 à L251-13 du Code Général de la Fonction Publique

## Article 21 : La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT)

#### **Les missions :**

Elle est consultée pour avis sur :

- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins ;
- L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades ;

- 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 ;
- La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- La politique de développement professionnel continu ;
- La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire.

Elle est informée sur :

- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- La mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 du CSP (admission de praticiens exerçant à titre libéral) ;
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

#### **La composition :**

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Elle est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Elle se réunit au moins trois fois par an et est composée d'un Collège des cadres de santé, comprenant 12 membres, d'un Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques, comprenant 16 membres, ainsi que d'un Collège des aides-soignants, comprenant 4 membres.

A titre consultatif, participent également :

- Le directeur des soins, qui assiste le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- Les directeurs chargés des instituts de formation écoles paramédicales rattachés à l'établissement ;
- Un représentant des étudiants de troisième année des instituts de formation et écoles paramédicales ;
- Un représentant des étudiants aides-soignants ;
- Un représentant de la Commission médicale d'établissement.

*Voir annexe 6 : Règlement Intérieur de la CSIRMT*

ARTICLES L.6146-9 ET R.6146-10 ET SUIVANTS DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 22 : La Commission des Usagers (CDU)

#### **Les missions :**

La Commission Des Usagers contribue à la dynamique de co-décision en veillant à associer les usagers dans l'amélioration continue des soins délivrés au CHU de TOULOUSE.

La Commission des Usagers a pour principales missions de :

- **Veiller au respect des droits des usagers**

La commission veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches. Elle met en œuvre les moyens nécessaires au recueil et à l'analyse de l'expression des usagers.

Dans ce cadre, les membres de la commission peuvent avoir accès aux données médicales relatives aux réclamations et aux plaintes ne faisant pas l'objet d'un recours gracieux ou juridictionnel, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée.

La commission examine les réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée des voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

➤ **Contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge**

La commission participe à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des patients et de leurs proches. Elle rend des avis, fait des propositions dans ces domaines, et suit l'exécution des plans d'action d'amélioration de la qualité.

➤ **Contribuer à la politique médicale et au projet d'établissement**

La commission des usagers contribue à la définition et la mise en œuvre de la politique médicale et au projet d'établissement, notamment à travers :

• **Le projet des usagers**

La Commission des Usagers peut proposer un projet des usagers, après consultation de l'ensemble des représentants des usagers de l'établissement et des représentants des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement et intervenant dans son sein. Ce rapport s'appuie sur les rapports d'activité et exprime les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers. La Commission Médicale d'Etablissement contribue à son élaboration. Le projet des usagers est transmis par la commission des usagers au représentant légal de l'établissement en vue de l'élaboration du projet d'établissement et de la politique médicale.

• **L'audit d'expression des associations**

La Commission prend connaissance et intègre dans ses recommandations, les travaux des Commissions Locales d'Expression des Usagers, de la Commission Handicap du CHU, et du Conseil de vie familial.

• **Les instances de l'établissement et la démarche de certification**

La commission est représentée dans les instances de l'établissement par son Président, son Vice-Président et les Représentants des Usagers, selon le tableau de répartition des missions porté en annexe. Les représentants des usagers participent à la démarche de certification et sont associés à la définition des actions d'amélioration de la qualité à conduire.

**La composition :**

La Commission des Usagers du CHU de TOULOUSE comprend :

Des membres obligatoires avec voix délibérante :

- Le Directeur général du CHU ou la personne qu'il désigne,
- Un médiateur médecin et son suppléant,
- Un médiateur non médecin et son suppléant,

- Deux représentants des usagers et leurs suppléants.

Des membres associés avec voix délibérative :

- Le président de la commission médicale d'établissement ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission,
- Un représentant de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et son suppléant désignés par le directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- Un représentant du personnel et son suppléant, choisis par les membres du comité technique d'établissement en son sein,
- Un représentant du Conseil de Surveillance et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées.

Des membres associés avec voix consultative :

- Le Directeur de la Qualité, Sécurité, Relations avec les Usagers ou son représentant qualité
- Le Gestionnaire des Risques
- Le Directeur des Soins ou son représentant
- Le Président du Comité d'Éthique ou son représentant
- Le Directeur de site de Purpan ou son représentant
- Le Directeur de Rangueil ou son représentant
- Le représentant de la commission Handicap, représentant des familles et des associations
- Le représentant du Conseil de vie familial, représentant des familles et des associations
- Le représentant des CLEU, représentant des familles et des associations

Des membres invités permanents :

- Le Directeur en charge des Relations avec les Usagers
- Le Directeur des Affaires Juridiques
- Le chargé de mission Démocratie en Santé
- Le Directeur de la Communication ou son représentant
- Le chef de projet Qualité de vie au travail ou son représentant
- Le chargé de mission Service civique, accueil et service aux usagers
- Le chargé de mission Expression des usagers

*Voir annexe 7 : Règlement Intérieur de la Commission des Usagers (CDU)*

ARTICLES L. 1112-3 ET SUIVANTS DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Chapitre 4 : Les Commissions Spécifiques

### Article 23 : Le Comité de Suivi des Organisations (CSO)

**Les Missions :**

Le comité de suivi des organisations est un comité de travail qui veille à participer à l'organisation du travail et du dialogue social au sein du CHU de Toulouse. Ce comité serait le lieu d'instruction et de débat technique de l'ensemble des changements organisationnels.

Ce comité regroupe les sujets en rapport avec le temps de travail.

**Les membres :**

- Un DRH qui préside la séance
- Le Coordonnateur Général des Soins ou un Directeur des Soins
- Le Directeur du site
- Le Directeur de pôle concerné
- Le cadre supérieur et le cadre de l'organisation de travail étudiée
- Un membre du corps médical du secteur étudié, si besoin
- Un représentant par organisation syndicale représentative
- Un représentant du Service de Santé au Travail, selon la thématique de la réunion
- Un responsable de la Gestion du Temps de Travail

**Le Fonctionnement :**

Sur autorisation du président de séance, des intervenants extérieurs (un ou deux) peuvent également être invités par les organisations syndicales, l'encadrement ou la direction. Ces invités peuvent notamment être des « experts » de l'organisation du travail étudiée.

Lors des séances le président de séance annonce les points à étudier. Puis l'encadrement présente le contexte puis le détail du projet d'organisation ou de réorganisation. Le président annonce le temps des questions puis le débat est libre entre tous les intervenants présents.

Le CSO se réunit tous les deux mois et en dehors des périodes de vacances scolaires. Toutefois, des CSO « exceptionnels » peuvent être envisagés en cas d'importance des projets de changement organisationnel et pour ne pas surcharger les CSO « habituels ».

## Article 24 : Les Commissions Administratives Paritaires (CAP)

Les commissions administratives paritaires (CAP) sont les instances de représentation des personnels de la Fonction Publique Hospitalière, compétentes à l'égard des fonctionnaires.

Au nombre de 10, elles correspondent chacune à une catégorie hiérarchique, soit :

- 4 commissions pour les corps de catégorie A,
- 3 commissions pour les corps de catégorie B
- 3 commissions pour les corps de catégorie C.

Une CAP locale (CAPL) est créée par l'assemblée délibérante d'un établissement, dès que l'effectif des fonctionnaires relevant de cette commission est au moins égal à 4 pendant 3 mois consécutifs.

Lorsqu'une CAP locale ne peut pas être créée, les fonctionnaires relèvent d'une CAP départementale (CAPD), créée par l'Agence régionale de santé (ARS) et gérée par un établissement situé dans le département.

Les représentants du personnel sont élus par les fonctionnaires tous les 4 ans.

Les représentants de l'administration à une CAP locale sont désignés par l'assemblée délibérante de l'établissement.

Les représentants de l'administration à une CAP départementale sont désignés par le directeur de l'établissement qui en assure la gestion.

Elles comprennent en nombre égal des représentants de l'administration et des représentants du personnel. Elles sont composées de membres titulaires et suppléants. Les fonctionnaires participent par l'intermédiaire de leurs délégués siégeant aux commissions administratives paritaires à l'application des règles statutaires et à l'examen des décisions individuelles relatives à leur carrière.

Les commissions administratives paritaires (CAP) sont consultées pour :

- certaines décisions individuelles affectant les agents ;
- en formation disciplinaire, sur les projets de sanction disciplinaire des 2e, 3e et 4e groupes à l'égard des fonctionnaires ;
- certaines demandes de réintégration de fonctionnaires ;

Les CAP se réunissent au moins deux fois par an. Les séances des commissions ne sont pas publiques.

**DECRET N° 2022-857 DU 7 JUIN 2022 RELATIF AUX CAP LOCALES, DEPARTEMENTALES ET NATIONALES DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE**

## Article 25 : Les Commissions Consultatives Paritaires (CCP)

Une commission consultative paritaire (CCP) est une instance consultative composée, en nombre égal, de représentants de l'administration et de représentants du personnel, compétente à l'égard des personnels contractuels.

Une CCP est créée dans chaque département par l'Agence régionale de santé (ARS) et gérée par un établissement situé dans le département.

Les représentants du personnel sont élus par les agents contractuels tous les 4 ans.

Les représentants de l'administration sont désignés par le directeur de l'établissement qui assure la gestion de la commission.

Elles comprennent en nombre égal des représentants de l'administration et des représentants du personnel. Elles sont composées de membres titulaires et suppléants. Les contractuels participent par l'intermédiaire de leurs délégués siégeant aux commissions consultatives paritaires à l'application des règles et à l'examen des décisions individuelles relatives à leur carrière.

Les commissions consultatives paritaires (CCP) sont consultées pour :

- certaines décisions individuelles affectant les agents contractuels ;
- en formation disciplinaire, sur les projets de sanction disciplinaire des 2e, 3e et 4e groupes à l'égard des contractuels ;

Les CCP se réunissent au moins deux fois par an. Les séances des commissions ne sont pas publiques.

**ARRETE DU 23 MAI 2022 MODIFIANT L'ARRETE DU 8 JANVIER 2018 RELATIF AUX COMMISSIONS CONSULTATIVES PARITAIRES COMPETENTES A L'EGARD DES AGENTS CONTRACTUELS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE**

## Article 26 : La Commission d'Homologation du Système d'Information (SI)

La Commission d'homologation du Système d'Information appuie et conseille le Directeur Général sur les risques liés à la sécurité du système d'information dans le cadre des projets, particulièrement concernant les projets relevant d'entrepôt de données comme le *Health Data Hub* ou les projets donnant lieu à des échanges de données. La démarche d'homologation de sécurité est ainsi destinée à faire connaître et comprendre aux responsables de l'institution, les risques liés à l'exploitation d'un système d'information.

Elle est mobilisée de manière différenciée selon la criticité du projet et ne siège que pour les dispositifs d'homologation des projets complexes (intelligence artificielle, big data, portails). Les projets simples s'appuient sur les dispositifs internes (expertise DSIO, RSSI, DPO ; Bureau d'Instruction des Projets).

Elle aboutit à une décision délivrée par le Directeur Général (autorité d'homologation). Elle constitue un acte formel par lequel il atteste de sa connaissance du système d'information, des mesures de sécurité mises en œuvre et accepte les risques qui demeurent : les risques dits « résiduels ». Ses membres sont désignés par décision du Directeur Général et elle s'appuie sur un règlement de fonctionnement.

Elle respecte les grandes phases suivantes :

- Définition de la stratégie d'homologation
- Appréciation et traitement des risques
- Prise de décision
- Suivi a posteriori

Les membres de la commission d'homologation du système d'information sont désignés par décision du Directeur Général, et elle s'appuie sur un règlement de fonctionnement.

## Article 27 : Gouvernance et fonctionnement de l'entrepôt de données de santé (EDS)

Le CHU de Toulouse travaille depuis 2019 à la mise en place d'un entrepôt de données de santé (EDS).

L'EDS du CHU est porté par une unité fonctionnelle dénommée « Centre de Données de Santé et de Recherche » (CDSR) rattachée au Département d'Information Médicale et bénéficiant de l'appui de la Direction des Services Numériques (DSN), et de la Direction de la recherche et de l'Innovation (DRI).

**La gouvernance de l'EDS s'articule autour de deux comités :**

- Un comité Stratégique (COSTRAT) ;
- Un comité Scientifique et Ethique (CSE).

### **Le COSTRAT (Comité Stratégique) :**

**Les missions :**

- Proposer la stratégie de l'accès et de l'exploitation de la donnée et du développement de l'IA à la Direction Générale et à la Commission Médicale d'Etablissement (CME) du CHU ;

- Proposer la définition et la priorisation des grands axes thématiques à la Direction Générale et à la CME ;
- Déterminer les orientations stratégiques et scientifiques de l'EDS ;
- Tenir une liste des données de l'EDS et s'assurer que leur collecte est justifiée ;
- Intervenir pour arbitrage sur sollicitation du CSE et du responsable de l'EDS.

**Les membres :**

Ce comité stratégique est composé du Directeur Général, de la Présidente de la Commission Médicale d'Établissement (CME), du Délégué à la Protection des Données (DPO), de personnalités Médicales ainsi que du Responsable de la Plateforme.

**Le Comité Scientifique et Ethique (CSE) :**

**Les missions :**

Ce comité évalue les projets et valide l'accès aux données de l'EDS.

Une équipe opérationnelle dédiée s'assure que le dossier de saisine du CSE est correctement renseignée et que le projet est faisable d'un point de vue technique réglementaire et financier. Le cas échéant, l'équipe opérationnelle apportera l'accompagnement raisonnablement nécessaire aux projets autorisés par le CSE.

**Le CSE veille notamment à :**

- L'Évaluation scientifique et éthique des projets sollicitant l'EDS, nécessitant une autorisation du CSE, selon et dans le respect de la stratégie définie par le Comité Stratégique ;
- L'Autorisation de la mise en œuvre des projets ;
- La Validation de l'accès aux données de l'EDS.

Le CSE s'assure qu'aucun lien d'intérêt n'est susceptible de nuire à l'établissement, à l'EDS ou à la bonne réalisation du projet. Le cas échéant, le CSE peut solliciter le Collège de Déontologie du CHU de TOULOUSE.

Les membres du Comité Scientifique et Ethique sont nommés par le COSTRAT pour une durée de 4 ans renouvelable. 50 % des membres du CSE sont extérieurs à l'EDS et indépendants, sa composition respecte les règles de la parité.

**Les membres :**

Membres Internes au CHU	Membres externes
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le Président du CSE</li> <li>- Le DPO</li> <li>- Des compétences paramédicales</li> <li>- Les Personnes qualifiées issue des services médicotechniques</li> <li>- Des compétences médicales</li> <li>- Le responsable de l'EDS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une compétence éthique</li> <li>- Un(e) représentant(e) des usagers</li> <li>- Un/des expert dans la collecte et l'analyse des données</li> <li>- Un/des expert en mathématique et/ou recherche informatique</li> <li>- Une/des compétences scientifiques/médicales</li> </ul>
<p>Le CSE peut recevoir des invités experts, consultants des domaines à instruire. Les invités ne sont pas contraints d'assister aux séances et ne prendront pas part aux votes.</p>	

## Chapitre 5 : Les instances déontologiques et éthiques

### Article 28 : Le Collège de Déontologie

#### **Présentation du Collège de Déontologie :**

Le CHU de Toulouse a fait le choix que les fonctions de référent déontologue soient assurées par une instance collégiale, à savoir le collège de déontologie du CHU de Toulouse. Le collège de déontologie est indépendant dans l'exercice de ses missions, et rend des avis consultatifs. Il n'exerce aucun pouvoir hiérarchique ou disciplinaire, et n'est ni un organe d'inspection, ni un organe d'évaluation.

#### **Les membres du Collège de Déontologie :**

Les membres du Collège de Déontologie du CHU de Toulouse sont nommés par décision du Directeur Général du CHU de Toulouse. Les membres sont choisis en fonction de leurs compétences et de leur niveau d'expertise dans le domaine juridique, médicale, et/ou de leur connaissance et appétence particulière de la déontologie et du fonctionnement des établissements publics de santé.

Ses membres exercent leurs missions en toute indépendance et impartialité, et respectent les principes de neutralité, de probité et d'intégrité. Ils sont soumis à une obligation de réserve, de confidentialité, de discrétion et de respect du secret professionnel. Ils ne sont soumis à aucune autorité hiérarchique et ne reçoivent aucune instruction dans l'exercice de leurs missions. Chaque membre peut être amené à se déporter, de sa propre initiative, s'il apparaît qu'un lien quelconque avec un dossier qui est soumis au collège est susceptible de nuire à l'objectivité de son analyse.

#### **Les missions du Collège de Déontologie :**

Le Collège de déontologie intervient dans les domaines suivants :

- Saisines ayant trait au respect des obligations et des principes déontologiques dans le champ notamment de la Dignité, impartialité, intégrité, probité, neutralité, laïcité, liberté de conscience, secret et discrétion professionnelle ;
- Demandes d'autorisation de Cumuls d'activités des professionnels médicaux et non-médicaux du CHU de TOULOUSE ;
- De la prévention des situations de conflits d'intérêts ;

Il peut également émettre des avis et formuler des propositions et recommandations sur les questions relatives au respect des principes déontologiques, ainsi qu'en matière de prévention des situations de conflits d'intérêts.

Dans tous les cas, le Collège n'a pas pour mission d'assurer une mission de conseil aux agents concernant leur recrutement, le déroulement de leur carrière ou leur contrat, les actions disciplinaires engagées à leur encontre, ou concernant les règles de communication des documents administratifs dans le cadre de leurs fonctions. Le Collège ne saurait également s'exprimer sur les politiques mises en œuvre par les différentes directions ou services du CHU de TOULOUSE, ni sur les questions de sa gestion ou de son organisation.

Les avis rendus par le Collège de Déontologie sont consultatifs et ne lient pas la Direction Générale du CHU de TOULOUSE, et ne sont communiquées qu'à la personne / direction initiatrice de la saisine, ainsi qu'à la Direction Générale.

**Le Collège assure également des missions de sensibilisation et de formation :**

Dans une optique de sensibilisation à la déontologie, le Collège de déontologie peut assurer une mission de sensibilisation mise en œuvre par la rédaction de guides ou de chartes, la diffusion de notes ou encore l'organisation de réunions d'information à destination des professionnels du CHU.

Le Collège peut également organiser et animer des formations qui lui semblent indispensables à la compréhension des enjeux déontologiques et au développement, en cette matière, d'une démarche volontariste de prévention.

*Voir annexe 9 : règlement Intérieur du Collège de Déontologie*

DÉCRET N°2017-519 DU 10 AVRIL 2017 RELATIF AU RÉFÉRENT DÉONTOLOGUE DANS LA FONCTION PUBLIQUE ;

## Article 29 : Le Comité d'Éthique Hospitalier (CEH)

**Présentation du CEH :**

Le CEH est une instance éthique du CHU de TOULOUSE.

Le CEH a pour mission d'accompagner la démarche de réflexion éthique au sein de l'institution sur l'ensemble des problématiques éthiques soulevées dans le cours de la vie hospitalière.

Son avis est consultatif, en aucun cas il ne se substitue aux professionnels qui le sollicitent dans la prise de décision, et son avis ne lie pas la Direction Générale ni les équipes médicales du CHU de Toulouse.

**Les membres du CEH :**

Le CEH est une instance pluridisciplinaire et pluraliste composée de personnes issues du monde hospitalier, universitaire et de la société civile, choisis pour leur compétence et leur intérêt pour la réflexion éthique.

Le CEH est composé de membres nommés ainsi que de membres invités permanents.

Ses membres respectent les principes de neutralité, de probité et d'intégrité. Ils sont soumis à une obligation de réserve, de confidentialité, de discrétion et de respect du secret professionnel.

**Les missions du CEH :**

Le CEH apporte son soutien à l'ensemble de la communauté hospitalière, aux professionnels et aux équipes de soins. Il répond également aux problématiques soulevées par les usagers, les proches des patients ou les résidents du CHU.

Le CEH guide et éclaire la démarche décisionnelle par son approche pluridimensionnelle et pluriprofessionnelle. Il apporte son soutien à l'ensemble des équipes de soins, à la demande des professionnels de santé du CHU, pour conduire la réflexion en interdisciplinarité et la démarche décisionnelle au bénéfice des patients, des résidents ou des usagers.

Il apporte aussi un éclairage sur les problématiques éthiques à la demande de la Direction Générale ou du Président de la Communauté d'Établissement (PCME).

Il a également une mission de formation et de recherche en lien avec la formation continue et l'université.

Le CEH peut également avoir des liens d'interaction et assurer des consultations éthiques ou des débats éthiques en partenariat avec l'Espace Régional Ethique (ERE) Occitanie.

*Voir annexe 10 : Règlement Intérieur du Comité d'Ethique Hospitalier (CEH)*

## Chapitre 6 : Les référents alerte, laïcité et égalité

### Article 30 : Le référent alerte

La loi du 9 décembre 2016 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique a créé la fonction de référent alerte au sein de l'ensemble des administrations des trois versants de la fonction publique.

Le CHU de Toulouse a ainsi mis en place un référent alerte.

**Le référent alerte a pour mission de traiter, les faits, dont une personne physique a eu personnellement connaissances, et relatifs à :**

- un crime ou un délit ;
- une violation grave et manifeste d'un engagement international régulièrement ratifié ou approuvé par la France ;
- une violation grave et manifeste d'un acte unilatéral d'une organisation internationale pris sur le fondement d'un tel engagement ;
- une violation grave et manifeste de la loi ou du règlement ;
- une menace ou un préjudice grave pour l'intérêt général. La menace et le préjudice grave pour l'intérêt général prennent en compte les situations particulières dans lesquelles un signalement permettrait de prévenir ou de corriger des effets particulièrement néfastes provenant de dysfonctionnements graves.

Le référent alerte recueille les signalements des lanceurs d'alerte, examine en droit et en fait les cas qui lui sont soumis, et analyse la recevabilité de ceux-ci.

Les avis rendus par le référent alerte sont consultatifs et ne lient pas la Direction Générale du CHU de TOULOUSE, et ne sont communiquées qu'à la personne initiatrice de la saisine, ainsi qu'à la Direction Générale.

Le référent alerte peut saisir au besoin directement les autorités administratives et/ou judiciaires.

Le référent alerte exerce sa mission en toute indépendance et impartialité, et respecte les principes de neutralité, de probité et d'intégrité. Il est soumis à une obligation de réserve, de confidentialité, de discrétion et de respect du secret professionnel. Il n'est soumis à aucune autorité hiérarchique et ne reçoit aucune instruction dans l'exercice de sa mission.

### Article 31 : Le référent laïcité

La loi du 24 août 2021 confortant le respect des principes de la République a créé la fonction de référent laïcité au sein de l'ensemble des administrations des trois versants de la fonction publique.

Le CHU de Toulouse a ainsi mis en place un référent laïcité.

**Le référent laïcité a pour mission :**

- Le conseil aux chefs de service et aux agents pour la mise en œuvre du principe de laïcité, notamment ;
- l'analyse et la réponse aux sollicitations portant sur des situations individuelles ou sur des questions d'ordre général ;
- la sensibilisation des agents au principe de laïcité et diffusion de l'information au sujet de ce principe ;
- l'organisation de la journée de la laïcité le 9 décembre de chaque année ;
- le conseil en cas de difficulté dans l'application du principe de laïcité entre un agent et des usagers du service public en lien avec le responsable des relations avec les usagers ;

## Article 32 : Le référent égalité professionnelle

Le CHU de Toulouse est particulièrement engagé dans l'égalité professionnelle de genre. Dans ce cadre, il a mis en place une référente égalité professionnelle et un plan d'action à l'égalité professionnelle, en lien avec le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Haute Garonne et Tarn Ouest, dont le CHU de Toulouse est l'établissement support.

La référente égalité professionnelle est nommée par décision du Directeur Général du CHU de TOULOUSE.

Elle dispose d'une lettre de mission précisant ses missions, son positionnement, ses moyens sur lesquels elle peut s'appuyer et, le cas échéant, l'articulation avec leurs autres fonctions et missions, notamment celles relatives au portage de la politique d'égalité de genre au sein du CHU.

**La référente égalité professionnelle a pour mission :**

- D'informer et sensibiliser les personnels médicaux et non médicaux aux risques de discrimination liée au genre ;
- De contribuer au diagnostic préalable et à l'élaboration du plan d'action égalité, partagé au sein du GHT ;
- De contribuer à la préparation et au suivi des concertations et négociations en vue d'un accord relatif à l'égalité ;
- De participer à la réflexion sur la politique de gestion RH et sa traçabilité, afin de garantir l'égalité professionnelle ;
- De promouvoir toute action pouvant concourir à l'information et à la sensibilisation des agents à la prévention stéréotypes liés au genre.

Au sein du CHU de TOULOUSE, la référente a également vocation à coordonner au sein du GHT Haute Garonne et Tarn Ouest une politique de promotion de l'égalité, animée au sein de l'instance de l'égalité, au bénéfice des établissements parties, et en lien avec les référents égalités des autres établissements.

**Le plan d'action pour l'égalité entre les femmes et les hommes :**

La référente égalité professionnelle a vocation à suivre et à déployer au sein du GHT le plan d'action pour l'égalité de genre. Le plan d'action vise à prévenir et abolir les discriminations et agissements sexistes. Un des objectifs de ce plan est également de traiter les écarts de rémunération et garantir des égales opportunités de progression de carrière et d'accès à l'emploi.

Ce plan vise également à :

- mettre en place des actions de sensibilisation et de formation à l'égalité professionnelle ;
- Information et sensibilisation des personnels médicaux et non médicaux aux risques de discrimination en lien avec les instances des établissements membres du GHT, en matière de prévention du harcèlement et des discriminations et des sous-commissions des en charge de la conciliation et du soutien des professionnels médicaux ;
- De participer à l'état des lieux et au diagnostic de la politique d'égalité professionnelle mise en œuvre par le CHU de Toulouse ;
- De suivre la mise en œuvre des actions menées par le CHU de Toulouse en matière d'égalité professionnelle ;

## Chapitre 7 : L'organisation des soins

### Article 33 : Nomination et affectation des praticiens hospitaliers

La nomination des praticiens hospitaliers au sein du CHU de Toulouse est prononcée, par arrêté du directeur général du Centre national de gestion (CNG), sur proposition du directeur général, après proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure concernée et avis du président de la commission médicale d'établissement.

L'affectation est prononcée par le directeur général sur le poste vacant du pôle d'activité, sur proposition du chef de pôle ou s'il y a lieu, du responsable de la structure interne concernée et après avis du président de la commission médicale d'établissement.

### Article 34 : Dispositions spécifiques relatives aux pharmaciens gérant une pharmacie à usage intérieur

Les pharmaciens exerçant au sein d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) doivent exercer personnellement leur profession. Ils peuvent se faire aider par des préparateurs en pharmacie qui exercent sous la responsabilité et le contrôle effectif d'un pharmacien.

D'autres catégories de personnel peuvent être affectées à la PUI pour y effectuer sous la responsabilité du pharmacien des tâches particulières : cadres infirmiers, aides-soignants, agents hospitaliers, techniciens de laboratoire, secrétaires, agents administratifs.

Les PUI autorisées accueillent des internes en pharmacie et des étudiants hospitaliers en pharmacie.

Les étudiants hospitaliers en pharmacie participent à l'activité de la pharmacie sous la responsabilité des pharmaciens et sous la surveillance des internes en pharmacie. Ces personnes sont placées sous l'autorité technique du pharmacien chargé de la gérance.

### Article 35 : Sages-Femmes

Les sages-femmes sont responsables, au sein des services de gynécologie-obstétrique dont ils relèvent, de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de leur compétence.

## Article 36 : Docteurs Juniors

Le Docteur junior exerce des fonctions de prévention, de diagnostic, de soins et, le cas échéant, des actes de biologie médicale, avec pour objectif de parvenir progressivement à une pratique professionnelle autonome.

Le Docteur Junior a une activité en autonomie supervisée, selon un référentiel de mise en situation et d'actes établi par spécialité. Cela veut dire qu'il exerce par délégation et sous la responsabilité du médecin dont il relève. Cette supervision a pour objet le conseil et l'accompagnement dans les actes accomplis jusqu'à recouvrir l'intégralité des mises en situation du référentiel.

## Article 37 : Internes

Les internes sont des agents publics. Praticiens en formation spécialisée, ils consacrent la totalité de leur temps à leur formation médicale, odontologique ou pharmaceutique en stage et hors stage.

En stage, les internes sont sous la responsabilité du praticien responsable de l'entité d'accueil. Leurs obligations de trimestre comprennent huit demi-journées par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur le trimestre. Les internes bénéficient d'un temps de pause d'une durée minimale de quinze minutes par demi-journée de stage. Une période de nuit est comptabilisée à hauteur de deux demi-journées. Ils participent au service de gardes et astreintes. Le temps réalisé pendant les gardes et lors des déplacements survenant au cours de la période d'astreinte, y compris le temps de trajet, est décompté comme du temps de travail effectif et comptabilisé dans les obligations de service.

Hors stage, les obligations de service des internes comprennent deux demi-journées par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur le trimestre.

Ils bénéficient d'un repos de sécurité immédiatement à l'issue de chaque garde et à l'issue du dernier déplacement survenu pendant une période d'astreinte. Le temps consacré au repos de sécurité ne peut donner lieu à l'accomplissement des obligations de service en stage et hors stage.

Au sein des pôles cliniques, les internes en médecine assurent la visite médicale complémentaire des malades (contre-visite), aux jours et heures arrêtés par le Chef de service. Ils dispensent les soins dont l'urgence ne permet pas d'attendre la venue d'un praticien du service. En dehors de ces cas d'urgence, ils ne peuvent procéder à des actes ou interventions à caractère invasif, sous la responsabilité du Chef de service, que s'ils sont habilités par celui-ci et à condition qu'un praticien autorisé par la réglementation soit en mesure d'intervenir à tout moment.

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

Les internes en pharmacie concourent à la préparation, au contrôle et à la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles, ainsi qu'à l'étude du métabolisme des substances médicamenteuses et toxiques, de participer à l'élaboration et à la validation des analyses biologiques concourant à la prévention, au diagnostic et à la surveillance des traitements, d'assurer la liaison entre le service auquel il est affecté et les services de soins.

Ils s'acquittent des tâches qui leur sont confiées d'une manière telle que la continuité et le bon fonctionnement du service soient assurés.

Les obligations de service de l'interne sont de dix demi-journées par semaine :

- 8 demi-journées de service effectif en stage : activité clinique

- 2 demi-journées hors stage :

- une demi-journée de temps de formation (durant cette période, il est sous la responsabilité du coordonnateur du DES)
- une demi-journée de temps personnel dite de consolidation de ses connaissances et compétences. L'interne l'utilise de manière autonome (écriture d'articles scientifiques, formation personnelle...).

Le temps de travail de l'interne est limité à 48 heures hebdomadaires moyennées sur 3 mois. Ce temps inclut les gardes, les astreintes et la demi-journée de formation universitaire. Il a droit à 25 jours de congés annuels répartis sur les deux semestres.

## Article 38 : Etudiants Hospitaliers

Les étudiants en médecine participent à l'activité hospitalière sous la responsabilité de praticiens et sous la surveillance des internes. Ils sont soumis aux règles déontologiques et éthiques de la profession médicale au cours des fonctions hospitalières qu'ils exercent, dans le cadre de leur formation. Ils sont chargés de la tenue des observations et de certains actes médicaux de pratique courante. Ils sont associés au service de garde. Ils suivent les enseignements dispensés au sein de l'hôpital et doivent se conformer aux obligations de présence qui leur sont fixées.

Ils doivent également se conformer aux règles d'hygiène en vigueur (port de blouse si nécessaire ...), aux marques d'identification du personnel (badge ...) et respecter les règles précisées dans le présent règlement intérieur.

## Article 39 : Soins infirmiers, de rééducation et médico-technique

### **Coordonnateur général des soins et directeurs des soins**

Au CHU de Toulouse, la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est confiée à un directeur des soins coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Ce directeur des soins coordonne l'organisation, la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et l'évaluation des pratiques professionnelles. Dans le respect de ses compétences déléguées, il participe au recrutement et à la gestion des personnels, autres que médicaux, contribuant aux activités de soins. Il propose au Directeur Général l'affectation de ces personnels.

Il peut être assisté d'un ou plusieurs directeurs des soins qui le suppléent et l'assistent dans l'exercice de ses missions.

### **Cadres supérieurs et cadres de santé**

Les cadres supérieurs de santé assurent des missions d'organisation et de planification des soins et des activités médico-techniques. Les cadres de santé paramédicaux assurent l'encadrement des équipes paramédicales. Ils contrôlent la qualité des soins, la prise en charge des patients et autres activités de l'équipe.

### **Infirmiers et professionnels de rééducation et médico-technique**

Les professionnels de santé infirmiers, de rééducation et médico-techniques diplômés d'État ou équivalents exercent les actes professionnels relevant de leurs compétences, dans le respect de la réglementation en vigueur.

### **Aides-soignants et auxiliaires de puériculture**

Les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture donnent des soins d'hygiène générale aux patients et aux personnes hébergées, à l'exclusion de tout soin médical. Ils collaborent aux soins infirmiers sous la responsabilité, suivant le cas, des infirmiers et des sages-femmes, dans la limite de la compétence qui leur est reconnue du fait de leur diplôme et de leur formation.

### **Agents des services hospitaliers**

Les agents des services hospitaliers ont vocation à accomplir des tâches d'entretien et d'hygiène dans les locaux des soins. Ils participent aux tâches permettant d'assurer le confort des patients.

## **Article 40 : Coordonnateur des Ecoles et des Instituts de Formation**

Au CHU de Toulouse, la Coordination Générale des Ecoles et Instituts de Formation du PREFMS est confiée à un Directeur des Soins.

Ce Directeur des Soins coordonne et évalue la politique de formation en lien avec l'ARS (Agence Régionale de Santé), l'Université et la DREETS (Direction Régionale de l'Économie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités). Il participe à la gestion financière de la structure et à la discussion budgétaire avec le conseil régional, dans le cadre de la délégation de gestion donnée par le directeur de l'établissement. Il peut être assisté d'un ou plusieurs directeurs des soins qui le suppléent et l'assistent dans l'exercice de ses missions.

## **Article 41 : Etudiants des Ecoles Paramédicales**

Les étudiants des écoles paramédicales participent à l'activité hospitalière sous la responsabilité des cadres paramédicaux et des professionnels maîtres de stage.

Ils sont soumis aux règles déontologiques des professions paramédicales lorsqu'ils exercent des fonctions hospitalières dans le cadre de leur formation. Les étudiants des écoles paramédicales contribuent, dans le cadre de leur stage, à la prise en charge des malades et à la réalisation des soins qui leur sont confiés, en fonction de leur niveau de formation et des objectifs de stage, et sous le contrôle d'un tuteur de stage.

Ils doivent également se conformer aux règles d'hygiène en vigueur (port de blouse si nécessaire ...), aux marques d'identification du personnel (badge ...) et respecter les règles précisées dans le présent règlement intérieur.

## **Article 42 : Permanence médicale des soins**

La permanence médicale des soins a pour objet d'assurer pendant chaque nuit et pendant la journée du dimanche ou des jours fériés, ainsi que le samedi après-midi, la sécurité des malades hospitalisés ou admis d'urgence et la permanence des soins excédant la compétence des auxiliaires médicaux ou des internes. La permanence médicale des soins est organisée sous forme de permanence sur place ou par astreinte à domicile. L'organisation médicale décrite par les tableaux généraux de service détermine la durée du service normal de jour et du service relatif à la permanence des soins sur 24 heures.

## Article 43 : Visite médicale quotidienne

Une visite médicale a lieu chaque jour dans les unités d'hospitalisation. Elle est assurée par un praticien du pôle d'activités, dans des conditions arrêtées par le responsable de la structure interne au pôle d'activités.

## Article 44 : Coordination des soins dispensés aux patients

L'ensemble des professionnels hospitaliers concourt à la prise en charge des patients. Ils y procèdent, quelle que soit leur catégorie statutaire, en fonction de leur qualification, des responsabilités qui sont les leurs, de la nature des soins qu'ils sont amenés à dispenser et d'une manière générale, de leur devoir d'assistance aux patients et à leurs familles. L'activité des professionnels hospitaliers est organisée de façon coordonnée en tenant compte des besoins des patients, que ces besoins soient ou non exprimés explicitement. Lorsque plusieurs professionnels collaborent à l'examen ou au traitement d'un patient, ils doivent se tenir mutuellement informés.

Chacun des professionnels assume ses responsabilités propres et veille à l'information du patient.

## Chapitre 8 : L'organisation en pôles d'activité

Le Directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du Président de la CME.

Les pôles d'activité sont composés, d'une part, de services, de départements et d'unités fonctionnelles ou de toutes autres structures de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que, d'autre part, des services, unités départements ou structures médico-techniques qui leur sont associés. Les pôles d'activité clinique et médico-technique sont dénommés pôles hospitalo-universitaires.

## Article 45 : Les Pôles d'activité

Au sein du CHU de Toulouse, il existe 19 pôles d'activité.

### **14 pôles hospitalo-universitaires cliniques :**

- Pôle Anesthésie-Réanimation
- Pôle Cardio-Vasculaire et Métabolique
- Pôle Céphalique
- Pôle Enfants
- Pôle Femme-Mère-Couple
- Pôle Gériatrie
- Pôle hospitalo-universitaire des maladies de l'appareil digestif
- Pôle inflammation, infection, immunologie, loco-moteur (I3LM)
- Pôle IUC Oncopole CHU
- Pôle Médecine d'urgences
- Pôle Neurosciences
- Pôle Psychiatrie
- Pôle Urologie - Néphrologie - Dialyse - Transplantations - Brûlés - Chirurgie plastique - Explorations Fonctionnelles et Physiologiques

- Pôle Voies Respiratoires

#### **5 pôles hospitalo-universitaires médico-techniques :**

- Pôle Biologie
- Pôle Blocs opératoires
- Pôle Imagerie médicale
- Pôle Pharmacie
- Pôle Santé Publique et Médecine Sociale (SMPS)

En conformité avec la réglementation, les pôles cliniques et médico-techniques sont placés sous la responsabilité d'un chef de pôle responsable du pilotage stratégique et opérationnel du pôle dans le respect des objectifs fixés. Pour les pôles cliniques et médico-techniques, un directeur délégué au pôle représente le Directeur Général auprès du pôle.

Le Chef de Pôle réalise son projet de pôle dans une logique collaborative avec le Cadre Supérieur de Santé.

Le Cadre Supérieur de Santé est affecté par le Directeur Général au sein du pôle, sur proposition du Coordonnateur Général des Soins, après avis du Chef de Pôle et du Directeur Délégué. Il gère l'effectif paramédical et les moyens alloués au Pôle. Il consulte le Chef de Pôle pour définir les compétences attendues et l'affectation du ou des Cadres de Santé affecté dans les services du Pôle.

Le Cadre Administratif de Pôle est affecté par le Directeur Général au sein du pôle, après avis du Chef de Pôle et du Directeur Délégué. Il assiste le Chef de Pôle dans la gestion administrative et médico-économique du pôle.

#### **Le pôle inter-établissement du GHT – le Plateau d'Imagerie Médicale Mutualisé (PIMM) :**

La mise en place des pôle inter-établissements vise à instaurer un dispositif de gouvernance fondé sur des organisations médicales transversales et coordonnées. Cette organisation facilite le travail en commun des praticiens au niveau du territoire. Elle permet d'identifier les responsables, médicaux et paramédicaux, travaillant de manière concertée pour faire vivre les filières de soins au sein du territoire.

Le Pôle du Plateau d'Imagerie Médicale Mutualisé (PIMM) permet d'optimiser l'organisation de l'imagerie au sein du GHT de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest, en favorisant la mutualisation des moyens humains et matériels. Le CHU de TOULOUSE en est l'un des acteurs majeurs.

#### **Le PIMM vise à :**

- Maintenir et développer l'offre de soins en radiologie malgré une démographie contrainte, avec, à terme, la présence de radiologues publics uniquement au sein du CHU ;
- Garantir l'attractivité d'un exercice territorial régulier pour lequel on demande aux praticiens de se déplacer ;
- Préserver une activité présentielle, assortie de télé radiologie au sein de chaque centre hospitalier, tout en maintenant le niveau de qualité de l'activité ;
- Respecter la neutralité budgétaire pour le CHU, qui porte les effectifs médicaux, en lui permettant d'être compensé à hauteur des charges auquel il est exposé ;
- Tendre vers l'équilibre budgétaire de l'activité de radiologie de chaque centre hospitalier.

## Article 46 : Le Chef de Pôle

### La nomination du Chef de Pôle

La désignation des chefs de pôle est issue d'une vision commune à dégager entre les praticiens du pôle, le Président de la CME, les Doyens et le Directeur Général. Le Chef de pôle est assisté par un Chef de pôle Adjoint, nommé selon les mêmes modalités, pour une période de quatre ans.

Peuvent exercer les fonctions de Chef de pôle les praticiens hospitalo-universitaires, les praticiens hospitaliers en médecine, odontologie, pharmacie et les praticiens contractuels.

La durée du mandat est fixée à quatre ans. Leur mandat peut être renouvelé dans les mêmes conditions.

En cas de vacance des fonctions de chef de pôle, le Directeur Général du CHU peut désigner un praticien répondant aux conditions légales requises pour exercer provisoirement ces fonctions.

Il est assisté d'un chef adjoint de pôle nommé selon la même procédure que le chef de pôle.

### Les missions

Le praticien Chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle.

Le Chef de Pôle est également pleinement acteur du projet managérial du CHU, en contribuant, au sein de son pôle, à l'élaboration et à la mise en œuvre des décisions structurantes pour la politique médicale, et en veillant à la participation des médecins de son pôle aux projets de pôle.

### En synthèse, le chef de pôle :

- Met en œuvre le projet d'établissement et le CPOM dans le pôle ;
- Propose l'organisation des structures médicales dans le projet de pôle ;
- Elabore le projet de pôle qui devra être un projet médico-soignant ;
- Négocie et conclue le contrat de pôle avec le Directeur Général ;
- Décline le contrat à l'intérieur du pôle au sein des structures internes ;
- Associe les acteurs du pôle et les faire participer à la dynamique de projet ;
- Organise la concertation interne et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du pôle.

### Pour accomplir ses missions, le Chef de pôle est responsable, en lien avec les Directions fonctionnelles concernées et l'encadrement du pôle de :

- La gestion du tableau des effectifs rémunérés et la répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle ;
- La gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux ;

- La définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ;
- La proposition au Directeur général de recrutement de personnel non titulaire du pôle ;
- L'affectation des personnels au sein du pôle ;
- L'organisation de la continuité des soins, notamment de la présence médicale et pharmaceutique
- La participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan du développement continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, odontologiques et maïeutiques.

### **L'Assemblée des Chefs de Pôle**

Le Directeur Général et le Président de la CME se réunissent périodiquement avec les chefs de pôle en présence du directeur chargé de la coordination et du développement des pôles. Cette rencontre a pour fonction d'échanger sur les difficultés et les avancées rencontrées au sein des pôles et les actions à envisager sur la base des suivis d'activité et des contrats, des recettes et des dépenses.

### **Le collaborateur du chef de Pôle**

Le chef de Pôle est secondé par le Chef de Pôle Adjoint, qui participe au bon déroulement de ses missions et le représente en son absence.

## **Article 47 : Le Chef de Service**

Les chefs de service sont nommés pour une durée de quatre ans, après avis du chef de pôle et par décision conjointe du Directeur Général et du Président de la Commission Médicale d'Etablissement (PCME).

Le Chef de Service veille au bon fonctionnement du service et assure la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée.

Par délégation du Chef de Pôle, il a la responsabilité d'assurer, outre la prise en charge médicale des patients, la mise au point des protocoles médicaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et des soins et, le cas échéant, l'enseignement et la recherche.

Le chef de service est associé par le chef de pôle à la mise en œuvre de la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle.

Il organise avec le cadre de santé la concertation interne et favorise le dialogue avec l'encadrement et les personnels médicaux et paramédicaux du service.

## **Article 48 : Le responsable d'unité fonctionnelle**

Les responsables d'unités fonctionnelles sont nommés pour une durée de quatre ans, par décision conjointe du Directeur Général et du Président de la Commission Médicale d'Etablissement, sur proposition du chef de service, après avis favorable du chef de pôle.

Le responsable d'unité fonctionnelle a la responsabilité d'organiser la prise en charge des malades de l'unité avec l'encadrement soignant ou médico-technique. Il veille à la déclinaison du projet médical. Il est avec le cadre de santé, garant de la qualité et de la sécurité des soins par son rôle de responsable médical de l'équipe membre de l'unité.

Il travaille en binôme avec le cadre de santé pour harmoniser les pratiques médicales et paramédicales (convergence médico-soignante) et il est le garant des liens avec les autres médecins du service ou intervenants dans le service et les paramédicaux de l'unité.

Au sein des services, les projets des unités fonctionnelles doivent laisser une large place aux intérêts cliniques et aux compétences des praticiens.

## Article 49 : Le Contrat de Pôle

Le Directeur Général du CHU de TOULOUSE signe avec le Chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle.

Pour les pôles d'activité clinique et médico-technique, le président de la commission médicale d'établissement contresigne le contrat. Il atteste, ainsi, par sa signature, la conformité du contrat avec le projet médical de l'établissement. Dans les pôles hospitalo-universitaires, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou, en cas de pluralité d'unités, le président du comité de coordination du comité de l'enseignement médical, contresigne également le contrat.

Le contrat de pôle décline les orientations stratégiques du projet d'établissement et définit les objectifs notamment en matière de politique et de qualité des soins.

Il fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs ainsi que les moyens alloués.

**Le contrat de pôle définit le champ et les modalités d'une délégation accordée au Chef de pôle permettant d'engager des dépenses dans les domaines suivants :**

- Dépenses de crédits de remplacement des personnels non permanents ;
- Dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux ;
- Dépenses à caractère hôtelier ;
- Dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical ;
- Dépenses de formation de personnel.

**Le contrat de pôle précise également le rôle du Chef de pôle dans les domaines suivants :**

- Gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures interne du pôle ;
- Gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux ;
- Définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière ;
- Proposition au Directeur de recrutement du personnel non titulaire du pôle ;
- Affectation des personnels au sein du pôle ;
- Organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique ;
- Participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques.

## Article 50 : Le Projet de Pôle

Le projet de pôle définit, sur la base du contrat de pôle les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.

Le projet de pôle s'inscrit dans la ligne directrice déployée par le projet d'établissement. Chaque projet de pôle est la déclinaison opérationnelle des objectifs globaux détaillés dans le projet d'établissement.

## Article 51 : Le Directeur Délégué de Pôle

Afin de faciliter la gestion par pôle, le CHU de Toulouse est organisé avec des directeurs délégués de pôle. Désigné et placé sous la responsabilité hiérarchique du Directeur Général, il représente ce dernier auprès du pôle.

Le Directeur Délégué a une mission générale de management et de pilotage du pôle. Par son positionnement, il est le relais privilégié entre le pôle et l'ensemble des interlocuteurs internes à l'hôpital.

**A ce titre, le Directeur Délégué de Pôle a des missions de conseil et d'expertise, ainsi que des missions stratégiques.**

**Dans le cadre de ses missions de conseil et d'expertise, il :**

- Gère les interfaces entre le pôle et la Direction générale, entre le pôle et les Directions fonctionnelles, entre le pôle et les autres pôles ;
- Porte à la connaissance du pôle les éléments relatifs aux dispositions législatives et réglementaires s'appliquant aux établissements de santé ;
- Relaye au pôle les axes stratégiques inscrits dans le projet d'établissement ;
- Relaye à l'encadrement du pôle les connaissances relatives aux principes de la gestion déconcentrée ;
- Aide et conseille le Chef de pôle pour la réalisation des objectifs inscrits au contrat de pôle ;
- Veille en interne à la bonne maîtrise des moyens délégués au pôle ;
- Rappelle aux acteurs du pôle les engagements de l'établissement dans le cadre de la contractualisation externe ;
- Participe aux bureaux de pôle ;
- Participe à la structuration et à l'animation des instances de démocratie interne au sein du pôle ;
- Structure la politique de communication au sein du pôle, en lien avec le Chef de pôle, le Cadre supérieur de santé, le contrôleur de gestion opérationnel ;

**Dans le cadre de ses missions stratégiques, il :**

- Participe à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet de pôle dans ses différentes composantes ;
- Veille à la cohérence du projet de pôle avec les orientations du schéma régional de santé, du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, du projet d'établissement ;
- Propose les modalités de mise en œuvre des projets négociés dans les contrats de pôle en apportant les ressources et outils méthodologiques pour conclure les contrats de pôle et en proposant des modalités de suivi et d'évaluation des actions mises en œuvre ;
- Assure avec le Chef de pôle et le Cadre supérieur de santé, l'évaluation et l'analyse de l'activité du pôle grâce notamment aux outils élaborés par la Direction des finances et le Département d'information médicale ;

## Article 52 : Les Collaborateurs du Pôle

### **Le Cadre Administratif de Pôle**

Le Cadre Administratif de Pôle prépare et met en œuvre, en coordination avec le Cadre Supérieur de Santé, la politique formalisée par le contrat de Pôle. Il agit en lien avec les directions fonctionnelles et le Directeur Délégué de Pôle.

### **Le Cadre Supérieur de Pôle**

Le Cadre supérieur de pôle est nommé par le Directeur général sur proposition du Coordonnateur général des soins et après information du Chef de pôle. Il a des missions déléguées, et des missions propres.

#### Missions déléguées :

- Il participe à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des projets de pôle ;
- Par délégation du Chef de pôle, il assure la responsabilité de la gestion des équipes non médicales du pôle ;
- Il définit avec le Chef de pôle la répartition des moyens alloués en fonction de l'activité et veille à optimiser les organisations ainsi que la qualité des soins dispensés aux malades.

#### Missions propres :

- Dans le cadre de la préparation du contrat de pôle, il participe à l'élaboration du projet médico-soignant, le met en œuvre et l'évalue avec l'équipe cadres dans le respect du projet d'établissement ;
- Il assure l'animation et le management de l'équipe cadres ;
- Il développe la logique de pôle et favorise le décroisement en cohérence avec les priorités du CHU ;
- Il élabore le plan de formation du personnel non médical, établit les priorités et répartit l'enveloppe formation du pôle ;
- Il est le relais de la politique du CHU et participe aux activités institutionnelles de l'établissement.

### **Le Pharmacien Référent de Pôle**

Il est nommé au sein de chaque pôle un Pharmacien référent de Pôle. Celui-ci appuie une mission d'analyse des activités du Pôle, des ordonnances des unités de patients à risque et conseille le référencement de nouveaux produits nécessaires au pôle.

## Chapitre 9 : Les relations Internationales

### Article 53 : La Commission des Relations Internationales (CRI)

Le CHU de Toulouse est doté d'une Commission des relations internationales (CRI), instance collégiale, sans personnalité morale propre, qui a pour mission d'éclairer la gouvernance du CHU sur l'ensemble des sujets relatifs à la coopération internationale hospitalo-universitaire.

Composée de membres représentant l'équipe de direction et la communauté médico-universitaire, la Commission a une vocation consultative. Elle conseille le Directeur Général et formule des avis et recommandations aux professionnels susceptibles de la saisir sur un projet de coopération internationale.

### **La Commission des Relations Internationales a pour mission de :**

- Proposer au Directeur Général une politique de relations internationales du CHU cohérente et complémentaire avec celle des Facultés de Santé et des collectivités territoriales ;
- Analyser et donner un avis sur les projets de coopération qui lui sont soumis par les professionnels du CHU ou le Directeur Général ;
- Sélectionner, en lien avec la direction des affaires médicales, des candidats internationaux au poste de faisant fonction d'interne (FFI) sous le statut de candidat au Diplôme de formation en médecine spécialisée (DFMS) ou bien de stagiaire associé.

### **La composition de la Commission des relations internationales est la suivante :**

1. Sont membres de droit :
  - le Directeur Général ou son représentant,
  - le Président de la Commission médicale d'établissement ou son représentant,
2. Les personnalités des directions fonctionnelles désignées par le Directeur général :
  - le Coordinateur général des soins,
  - le Directeur des affaires médicales,
  - le Directeur des ressources humaines,
  - le Directeur des affaires financières
3. Les personnalités médicales désignées par le Directeur général et le Président de la Commission médicale d'établissement :
  - 4 représentants de la Commission médicale d'établissement dont la compétence particulière et l'intérêt qu'ils portent pour les questions internationales sont reconnus,
4. Les personnalités extérieures à l'établissement dont la compétence particulière et l'intérêt qu'ils portent pour les questions internationales sont reconnus :
  - les Doyens des Facultés de Santé,
  - les représentants des relations internationales des facultés de médecine.

## **Article 54 : Le Bureau des Relations Internationales**

Le Bureau des relations internationales, rattaché à la Direction Générale, assure le déploiement sur la scène internationale des missions de soins, de prévention, d'enseignement et de recherche du CHU.

En lien avec la Commission des relations internationales, le bureau a pour mission d'étudier les opportunités nouvelles et novatrices de collaborations.

Il travaille directement avec ses partenaires internes au CHU et les acteurs territoriaux pour mettre en place des actions de soutien technique, de formation et de conseil auprès d'établissements internationaux.

Le bureau des relations internationales associe l'expertise d'acteurs de référence dans le domaine de la santé partout dans le monde sur les sujets de pointe pour lesquels le CHU de Toulouse excelle (médecine d'urgence et de catastrophe, gériatrie, oncologie, etc...).

Il assure le secrétariat de la commission des RI.

Il valorise les actions Internationales portées par le CHU de Toulouse en lien avec la Direction de la communication.

## Chapitre 10 : Le mécénat à l'hôpital et la fondation hospitalière

### Article 55 : Le mécénat à l'hôpital

#### L'Institut Saint-Jacques

L'Institut Saint-Jacques est une structure de droit privée créée par le CHU de Toulouse pour recevoir des dons de toute nature. Son objet social consiste à financer directement ou indirectement les projets d'intérêt général portés par les équipes hospitalières du CHU de Toulouse.

L'Institut Saint-Jacques peut recevoir des soutiens financiers provenant de particuliers, d'entreprises, de fondations ou encore d'associations.

#### **L'Institut Saint-Jacques a 4 missions principales :**

➤ **Une mission de participation à l'essor de la recherche et de l'innovation médicales**

L'Institut Saint-Jacques participe à l'essor des programmes de recherche de pointe. Les actions de soutien à la recherche et innovation sont validées par le Comité scientifique et technique, après visa de la Direction de la Recherche et de l'Innovation du CHU.

➤ **Une mission de participation à la qualité des soins délivrée aux patients**

L'humanisation des structures, l'amélioration du confort des espaces de vie, la prise en charge palliative et la lutte contre la douleur sont autant de priorités que l'Institut Saint-Jacques soutient.

➤ **Une mission de préservation du patrimoine historique du CHU**

L'Institut Saint Jacques s'engage pour la préservation du patrimoine de l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques, classé au patrimoine mondial de l'Unesco au titre des Chemins de Saint-Jacques-de-Compostelle, emblème d'une histoire régionale et hospitalière à l'inépuisable richesse.

➤ **Une mission de participation à la responsabilité sociétale du CHU**

L'Institut Saint-Jacques participe à l'essor de la RSE du CHU de Toulouse en finançant, soutenant, réalisant des activités ou projets en lien avec des thématiques sociétales telles que la parité femme-homme, l'égalité des chances, le développement durable, l'amélioration des conditions de vie au travail des personnels.

Les donateurs ont la possibilité de flécher leur soutien vers un axe de développement ou un projet particulier (à préciser au moment du don). L'Institut Saint-Jacques propose également aux donateurs de soutenir l'ambition globale de la structure afin de favoriser son déploiement en la rendant plus visible et performante. En accompagnant durablement les actions et le développement de l'Institut Saint-Jacques les donateurs favorisent l'essor rapide et ambitieux de la structure.

*Voir annexe 11 : Charte éthique de l'Institut St Jacques*

#### La Fondation Hospitalière pour la Prévention en Santé

La fondation hospitalière est habilitée à recevoir des fonds privés mais également publics. Elle est dotée de la personnalité morale e droit privé et dispose de l'autonomie financière.

**La Fondation peut réaliser toutes œuvres ou activités d'intérêt général à but non lucratif et porter tous projets d'excellence scientifique promus aux fins :**

- De développer des programmes et projets de recherche en santé seule ou en partenariat ;
- De renforcer les synergies entre la recherche publique et la recherche privée ;
- De contribuer à l'émergence et au renforcement de pôles d'excellence scientifique ;
- D'améliorer les conditions de travail des équipes hospitalières ;
- De contribuer au développement des innovations diagnostiques, thérapeutiques et technologiques ;
- De contribuer au transfert des innovations diagnostiques, thérapeutiques et technologiques au bénéfice des patients ;
- De concevoir et mettre en place des parcours de soin innovants, y compris numériques ;
- De faire évoluer ses infrastructures et ses équipements ;
- D'assurer la qualité et la sécurité des soins.

**De manière générale et aux fins de favoriser la réalisation de son objet, la Fondation procède :**

- Au financement de programmes et de projets ;
- À l'attribution d'aides financières à des établissements publics et/ou à des organismes sans but lucratif ;
- À l'attribution de bourses, d'aides, de prix à des personnes physiques, des équipes ou des organismes ;
- À l'accueil et à la rémunération d'experts internationaux ;
- À la mise à disposition de moyens notamment humains et techniques au profit de ses membres ;
- Au financement ou à la mise en œuvre d'actions de formation à destination des personnels médicaux et non médicaux ;
- Au dépôt de candidature dans le cadre d'appels à projets ;
- À la création et à la gestion de centres de recherche et/ou de plateformes technologiques ou à l'attribution de financements à ces plateformes dans le cadre de partenariat ;
- À la conclusion de toutes conventions utiles avec toute entité, personne morale ou personne physique, notamment les collectivités publiques, les établissements publics, les entreprises, les associations ou fondations français, européens ou internationaux ;
- À la réalisation de prestations de services ou de collaborations ;
- À la création, gestion, financement de locaux ou de services communs en direct ou mis à disposition ;
- À tous les autres moyens que la Fondation jugera nécessaires.

## Chapitre 11 : La gestion de crise

### Article 56 : Le Plan Blanc

Le CHU de Toulouse, comme tous les établissements de santé, est doté d'un plan blanc. Il est activé par le Directeur Général, à son initiative ou à la demande du Préfet. Dans le cadre des prérogatives de ce dernier,

et des dispositions sanitaires ORSEC (Organisation de la Réponse de Sécurité civile) prévues au niveau départemental, le Préfet peut faire procéder à des réquisitions, de personnels de santé, quel que soit leur mode d'exercice, de matériels, de services dont ceux d'autres établissements de santé et d'établissement médico-sociaux, pour soutenir l'effort de réponse à la crise.

Le Directeur Général, outre son lien établi avec la Préfecture, informe l'Agence Régionale de Santé, et travaille avec elle au niveau régional. L'ARS mobilise ainsi les moyens adaptés et les coordonne à l'échelle régionale pour renforcer la réponse à la crise.

Le plan blanc propose une organisation déclinable selon le type d'évènement. Elle permet une réponse spécifique à la crise. Pour ce faire, le passage en plan blanc entraîne, au sein de l'établissement, une mobilisation exceptionnelle des moyens, en particulier en personnels (fonctionnaires ou agents publics), matériels et une adaptation des activités. Dans cette situation singulière, le personnel peut être sollicité alors qu'il n'est pas présent dans l'établissement (repos, formation, congé, ...). Également, de manière ciblée ou plus générale, en fonction du besoin médical, le Directeur Général peut faire procéder à des modifications des tableaux des services.

S'il y a lieu, le plan blanc peut conduire à des mesures de sécurité supplémentaires auxquelles le personnel, les intervenants externes, et les usagers dont les patients seront soumis. Il est ainsi nécessaire que chaque professionnel puisse s'identifier avec sa carte professionnelle.

L'objectif du dispositif de crise est, de manière adaptée à l'ampleur de la crise, à la fois de maintenir les activités, prioritairement celles qui sont essentielles, et d'absorber les besoins résultants de la prise en charge des victimes de la crise.

#### **Le Centre Régional de Crise (CRC) :**

Lancée en septembre 2019, le CRC implique l'expertise et la coopération de nombreux acteurs : la Préfecture Occitanie, l'Agence Régionale de Santé, le SAMU 31 du CHU de Toulouse, le SDIS, l'Université III-Paul Sabatier et l'Institut de Simulation en santé.

**Ce centre est en charge d'aider à la préparation de catastrophe ou de crise sanitaire** au niveau local ou régional, de formuler des propositions d'amélioration (procédures, protocoles, formations, etc.) et de structuration de la réponse. Il permet de renforcer la coopération entre les services et entités liées à la réponse à la catastrophe, (forces de sécurité, secours et soin, organismes d'état et des collectivités locales, associations, etc.).

### Article 57 : La labellisation ESR-R

Le CHU de Toulouse est reconnu en tant qu'Établissement de Santé de Référence Régionale (ESR-R) pour l'Occitanie. Cette reconnaissance repose sur les services disponibles au sein de la structure et de la capacité à fournir une expertise sur des risques spécifiques (Nucléaire, Radiologique, Biologique, Chimique (NRBC)). Ainsi, le CHU dispose d'une équipe de conseillers techniques hospitaliers dont les missions sont, en lien avec les Agences Régionales de Santé de la zone SUD et de la région Occitanie :

- Le recensement des capacités de réponse aux Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE) dans les établissements de santé de la région dans la perspective du dispositif de l'Organisation de la Réponse du système de SANTé aux SSE (ORSAN) sur ces différents volets ;
- Le soutien aux établissements de santé sur l'organisation et les réponses que chaque établissement face aux SSE ;

- L'organisation et le suivi des moyens tactiques attribués à la région ;
- La coordination de l'élaboration ainsi que la mise en œuvre du programme de formation de la zone, en lien avec les Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU) de l'Occitanie ;
- L'organisation de la prise en charge médicale des patients et des examens biologiques, radiologiques ou toxicologiques sur les risques spécifiques (NRBC).

## Partie 3 : Dispositions relatives aux patients et aux usagers

---

### Chapitre 1 : Modalités d'accueil des patients

#### Article 58 : L'accueil des patients

Le CHU de Toulouse accueille toutes les personnes ayant besoin de soins, sans distinction d'origine, de sexe, de condition sociale et familiale, d'opinions politiques, de religion, sans préjuger de leur handicap.

Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé dans lequel elle souhaite être prise en charge, et le praticien qui la prend en charge. Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont relève le patient, dans les limites imposées par les situations d'urgence, par l'organisation du service, et par les disponibilités en lits de l'établissement.

ARTICLES L.1110-1 à L. 1110-3 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE ;  
ARTICLES L. 6112-1 et L. 6112-2 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ARTICLES R. 1110-1 à D.1114-42 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

#### Article 59 : Le livret d'accueil du patient

Le livret d'accueil est remis à tout patient admis en hospitalisation au sein du CHU de Toulouse. Il contient tous les renseignements pratiques utiles sur les conditions de séjour et l'organisation de l'hôpital. Au CHU, celui-ci s'intitule «carnet de bord – le livret d'accueil de votre séjour au sein du CHU de TOULOUSE ».

La charte de la personne hospitalisée est jointe à ce livret ainsi qu'un questionnaire de satisfaction. Ce livret d'accueil est mis à jour régulièrement. Il peut être complété par les carnets de bord spécifique propres à certains services ou secteurs d'activités. Ce livret d'accueil est mis à la disposition des consultants externes, sur demande. Il est également disponible sur le site Internet du CHU de Toulouse.

ARTICLES L.1111-2 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

#### Article 60 : La prise en charge au titre de l'activité libérale

A leur demande, les patients peuvent être pris en charge par des médecins ayant passé avec l'établissement un contrat d'activité libérale, dans le respect des règles relatives à l'activité libérale des praticiens hospitaliers.

En cas d'hospitalisation, ce choix doit être formulé par le malade lui-même ou par son accompagnant, par écrit et dès son entrée à l'hôpital, après qu'il aura pris connaissance des conditions particulières qu'implique ce choix.

Dans tous les cas, le malade doit recevoir préalablement à sa prise en charge et par écrit, toutes les indications utiles sur les règles qui lui seront applicables du fait de son choix, notamment sur les honoraires fixés par entente directe entre le malade et le praticien, la tarification et les conditions de participation financière des organismes d'assurance maladie. La prise en charge médicale peut dans ce cas s'effectuer dans les services où elle s'exerce en secteur public.

Le délai de rendez-vous dans le secteur public, ne saurait justifier qu'on impose au patient une prise en charge en secteur privé.

Les jours, heures d'ouverture et le montant des honoraires de chaque consultation privée doivent faire l'objet d'un affichage distinct de celui des consultations publiques.

En principe, lorsque le patient a été pris initialement en charge dans le cadre de l'activité libérale, le patient ne peut être réadmis au cours du même séjour dans le secteur public, il en va de même dans le sens inverse. Toutefois, le Directeur Général du CHU peut autoriser un tel transfert à titre exceptionnel sur demande motivée du patient.

A noter que la Commission de l'Activité Libérale (CAL) est chargée de veiller au bon déroulement de l'activité libérale, dans le respect des dispositions juridiques en vigueur, au sein du CHU de TOULOUSE.

ARTICLES R.1112-21 à R.1112-23 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Chapitre 2 : L'admission des patients majeurs

### Article 61 : Conditions générales d'admission

L'admission est prononcée par le Directeur Général ou son représentant sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement.

### Article 62 : L'admission programmée ou directe (en urgences)

#### **L'admission programmée**

Hormis les cas d'urgence reconnus par un médecin ou un interne de garde de l'établissement, l'admission au CHU de Toulouse est programmée et décidée sur présentation d'un certificat d'un médecin traitant ou appartenant au service de consultation de l'établissement, attestant de la nécessité du traitement hospitalier. Ce certificat peut indiquer la discipline dans laquelle doit être admis l'intéressé sans indiquer l'affection qui motive l'admission.

Ce certificat doit être accompagné d'une lettre cachetée du médecin traitant ou du médecin de consultation interne, donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles à ce dernier pour le diagnostic et le

traitement. Afin d'organiser sa pré-admission, le patient est invité à se rendre au bureau des admissions du CHU de Toulouse où il lui sera remis un document précisant les conditions de sa prise en charge et les pièces qui lui seront nécessaires le jour de son admission.

#### **L'admission directe (en urgences)**

Si l'état d'un patient ou d'un blessé réclame des soins urgents, le Directeur Général ou son représentant doit prononcer l'admission, même en l'absence de pièces d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés au CHU. Le patient est dirigé sans délai vers un service en mesure de le prendre en charge.

Les renseignements nécessaires à l'établissement de son dossier administratif, s'ils n'ont pu être fournis par un accompagnant, sont recueillis ultérieurement par le CHU de TOULOUSE.

Lorsqu'un patient admis aux urgences refuse de quitter l'hôpital après avoir reçu des soins sans que son état justifie une admission en service d'hospitalisation, il peut être sur décision du Directeur Général et après avis médical, reconduit à la sortie du site, adressé à un organisme à caractère social, ou hospitalisé à titre exceptionnel pour une durée limitée. Tout patient dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement signe une attestation traduisant expressément ce refus ; à défaut un procès-verbal du refus est dressé.

### Article 63 : L'admission sur décision du Directeur Général de l'ARS

En cas de refus d'admettre un patient qui remplit les conditions requises pour être admis et alors que les disponibilités en lits permettent de le recevoir, l'admission peut être prononcée par le Directeur de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

### Article 64 : Le transfert d'un patient hors CHU après admission

Lorsqu'un médecin ou un interne de l'établissement constate que :

- l'état d'un malade ou blessé requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée dans l'établissement,
- ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas,
- ou encore lorsque son admission présente, du fait du manque de place, un risque certain pour le patient et pour le bon fonctionnement du service hospitalier,

Le Directeur Général ou son représentant prennent toutes les mesures nécessaires pour que le malade ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis, après que le patient ait reçu les premiers secours.

En dehors des cas d'urgence, le consentement du patient est recueilli avant tout transfert provisoire ou définitif.

### Article 65 : L'admission d'un patient au CHU suite à un transfert

L'admission au CHU de Toulouse d'un patient transféré d'un autre établissement hospitalier, ne disposant pas des disciplines, techniques ou moyens que l'état de santé du patient requiert, est décidée, sauf cas d'urgence, après entente entre le médecin du service ou du département ayant originellement en charge le patient et le médecin de l'établissement dans lequel le transfert est envisagé.

Elle est effectuée au vu d'un certificat médical attestant la nécessité de l'admission du patient dans un établissement plus adapté à son état de santé.

L'admission dans ce cadre s'effectue sous réserve des places dont dispose le CHU de TOULOUSE à la date du transfert.

ARTICLES L.6111-1 ; R. 1112-11 à R.1112-39 du CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

## Chapitre 3 : Dispositions spécifiques relatives à l'admission en urgence

### Article 66 : L'admission en cas d'afflux massifs de patients

En cas d'afflux massif de patients et si un patient ne peut être identifié immédiatement, l'admission peut se faire à titre provisoire et de manière anonyme, en utilisant un numéro provisoire.

L'identité des personnes admises dans le cadre d'un plan d'afflux massif de patients peut être transmise à la préfecture et au Procureur de la République.

Quoiqu'il en soit, il convient de se référer au dispositif de crise qui permet au CHU de TOULOUSE de mobiliser les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.

### Article 67 : Accueil et admission en urgence

Le directeur prend toutes mesures, si l'état de santé du patient le requiert, pour que des soins urgents soient assurés au sein du CHU de TOULOUSE, sous la responsabilité directe d'un médecin.

Le directeur doit prononcer l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement.

Si le patient n'est pas identifié et se trouve dans l'incapacité de décliner son identité, l'admission est réalisée provisoirement sous X, les informations nécessaires à l'établissement de son dossier devant être recueillies le plus rapidement possible.

#### **Spécificité de la prise en charge des patients dans le cadre de la régulation des soins « SAS Haute-Garonne » - SAS 31 :**

Le SAS 31 est un service accessible à tous, sur tout le territoire de la Haute-Garonne, quel que soit le lieu d'appel. Il doit permettre à chacun d'accéder rapidement aux soins dont il a besoin et ainsi participer à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Il se traduit par une plateforme téléphonique de régulation médicale, opérationnelle 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 qui permet, en fonction de l'urgence de chaque situation et des besoins des patients, d'obtenir

une réponse adaptée pour des soins non programmés lorsque l'accès au médecin traitant n'est pas possible en première intention.

Il permet une prise en charge avec accès dédié facilité des appels pour toute situation d'urgence ou pour tout besoin de soins non programmés, lorsque l'accès au médecin traitant ou aux organisations de SNP du territoire n'est pas possible.

Le SAS 31 propose ainsi, à toute personne ayant un besoin de santé urgent, non programmé ou ne pouvant pas accéder à son médecin traitant ou à l'organisation territoriale mise en place lors de son indisponibilité, une orientation, un conseil médical ou paramédical, la prise de rendez-vous pour une consultation avec un médecin généraliste dans les 48 heures, l'accès à une téléconsultation, l'orientation vers un établissement de santé ou l'engagement d'effecteurs auprès des patients.

**Selon la situation et la demande du patient :**

- S'il s'agit d'un cas d'urgence : une prise en charge sans délai par les services de l'aide médicale urgente (AMU) sera assurée, à l'issue d'une régulation SAMU ;
- En dehors des situations d'urgences vitales, à l'issue du décroché initial réalisé par l'ARM du SAMU, pour une demande de soins non programmés, en cas d'impossibilité d'accès au médecin traitant ou à l'organisation territoriale mise en place lors de son indisponibilité : l'appel est pris en charge par un médecin généraliste régulateur, qui apporte une réponse médicale adaptée aux besoins du patient.

**En fonction des symptômes décrits par le patient, ce médecin peut :**

- donner un conseil médical, rassurer, orienter ;
- orienter pour une consultation au sein de dispositifs ayant organisé les soins non programmés du territoire, en cabinet de ville d'un généraliste ou vers un spécialiste de ville ou exerçant en établissement de santé.

R. 1112-13 et suivants du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE et Instruction n° DGOS/R2/2020/129 du 24 juillet 2020

## Article 68 : Information des familles des patients hospitalisés en urgence

Toutes les mesures utiles sont prises pour que la famille des patients hospitalisés en urgence soit prévenue par le CHU de Toulouse. Que le patient ait été conduit au sein du CHU de Toulouse par le SAMU, les pompiers, la police ou tout autre moyen, il incombe aux agents du service des urgences de mettre immédiatement en œuvre, sous la responsabilité du directeur, toutes les démarches utiles à l'identification et à l'information des familles.

Cette obligation d'information des familles doit toutefois tenir compte de la faculté laissée au patient de demander le secret de l'hospitalisation.

En cas de transfert dans un autre hôpital, ou d'aggravation de l'état de santé du patient, le même devoir de diligence pour l'information des familles s'impose à tous les personnels. En cas de décès, le CHU de Toulouse veille à ce que l'information des familles soit assurée.

## Article 69 : Inventaire à l'admission en urgence

Dans les cas où le patient est hospitalisé en urgence, un inventaire de tous les objets dont il est porteur est dressé dans l'unité de soins d'accueil, le cas échéant aux urgences, puis est signé sans délai par un agent du CHU de Toulouse habilité à le faire et par un accompagnant ou, à défaut, par un témoin. L'inventaire est ensuite consigné au dossier administratif du patient.

Les objets détenus par le patient sont remis au régisseur ou à un agent spécialement habilité par le directeur pour être le dépositaire de ces objets. Ces derniers sont inscrits sur le registre des dépôts. Dès que son état le permet, le patient reçoit le reçu des objets pris en dépôt.

Il est invité à retirer du dépôt tous les objets considérés comme non utiles à son hospitalisation et à les faire retourner à son domicile.

## Chapitre 4 : Dispositions spécifiques à l'admission de certains patients

ARTICLES R.1112-24 à R.1112-39 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 70 : Le patient amené par les forces de l'ordre

### **Patient amené par les forces de l'ordre – dispositions générales**

Lorsqu'un patient est amené par les autorités de police et que son état nécessite l'hospitalisation, il incombe au CHU de Toulouse de faire connaître auxdites autorités que le patient est admis et de prévenir la famille, sauf avis contraire de ces autorités.

Dans le cadre d'une procédure pénale, le CHU de Toulouse est tenu d'assurer les prises de sang et tous autres examens figurant sur une réquisition établie en la forme légale. Dans ce cas, un certificat médical constatant l'état du patient ainsi que l'admission, la non-admission ou le refus, par la personne concernée, de son hospitalisation est délivré par le médecin de garde aux policiers et aux gendarmes.

### **Patient amené par les forces de l'ordre en état d'ivresse**

Dans le cadre de la coopération entre le CHU de Toulouse, le Parquet, les forces de l'ordre et la police municipale, les agents de police municipales adressent prioritairement les personnes ramassées sur la voie publique en situation d'ivresse au Commissariat de Toulouse, où des médecins de permanence établissent des certificats médicaux attestant de la nécessité ou non d'une admission dans un établissement de santé.

Les personnes ramassées sur la voie publique en situation d'ivresse sont amenées au CHU de TOULOUSE si la permanence du médecin du Commissariat de Toulouse n'est pas assurée ce jour-là.

Lorsque les services de police ou de gendarmerie amènent au CHU de Toulouse, en dehors de toute réquisition, une personne en état apparent d'ivresse, cette dernière doit faire l'objet d'un bilan médical exact de son état.

En cas de non-admission, la personne doit être remise aux services de police ou de gendarmerie qui l'ont amenée au CHU de Toulouse. Une attestation signée du médecin ayant examiné la personne et indiquant que l'admission n'est pas jugée nécessaire est alors délivrée à ces services.

Si l'intéressé refuse les soins réclamés par son état, le médecin responsable doit appliquer la procédure relative aux refus de soins. Le Directeur Général ou son représentant doit, au cas où la personne, alcoolique, est présumée dangereuse, la signaler aux autorités.

## Article 71 : L'admission d'une personne victime de violences conjugales : Le dispositif pré-plainte

Le CHU de Toulouse est pleinement engagé dans la lutte contre les violences conjugales, en lien avec les autorités judiciaires et les associations d'aides aux victimes.

Les victimes de violences conjugales ont la possibilité de déposer une pré-plainte au CHU à l'encontre de leur agresseur lors de leur prise en charge dans les services d'urgences ou du service de médecine légale. Quand elles arrivent dans ces services, un formulaire de pré-plainte leur est remis. Le cadre de santé du service peut les aider dans le remplissage de ce formulaire, et le transmet par voie numérique aux forces de l'ordre. Un accompagnement des victimes de violences conjugales peut être proposé par le CHU en partenariat avec des associations d'aides aux victimes de violences conjugales.

## Article 72 : L'admission des femmes enceintes

Le Directeur Général ne peut, s'il existe des lits vacants dans le service de maternité, refuser l'admission dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement d'une femme enceinte ou dans le mois qui suit l'accouchement d'une femme récemment accouchée et celle de son enfant.

Toutefois, en cas de saturation des capacités d'hospitalisation ou de prise en charge médicale à la maternité, la patiente sur avis médical pourra être transférée sur un autre établissement obstétrical, dans le cadre de l'accord de régulation en vigueur entre établissements obstétricaux.

## Article 73 : L'admission pour accouchement sous X

Quand, pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance, une femme enceinte demande le bénéfice du secret de l'admission (accouchement sous X), dans les conditions prévues par l'article L. 222-6 du Code de l'action sociale et des familles, aucune pièce d'identité n'est exigée et aucune enquête n'est entreprise.

Cette admission est prononcée sous réserve qu'il n'existe pas de lits vacants dans un centre maternel du département ou dans ceux avec lesquels le département a passé convention.

Par ailleurs, l'intéressée est informée, au cours de son séjour dans l'établissement, des conséquences juridiques de cette demande et de l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire.

Elle est donc invitée à laisser, si elle l'accepte, des renseignements sur sa santé et celle du père, les origines de l'enfant et les circonstances de la naissance, ainsi que, sous pli fermé, son identité. Elle est informée de la possibilité qu'elle a de lever à tout moment le secret de son identité et, qu'à défaut, son identité ne pourra être communiquée que par l'intermédiaire du conseil national pour l'accès aux origines personnelles.

## Article 74 : L'admission pour IVG

### **Cadre général de l'admission une interruption volontaire de grossesse (IVG)**

La femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse peut demander à un médecin ou à une sage-femme l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la quatorzième semaine de grossesse.

Toute personne doit être informée sur les méthodes abortives et a le droit d'en choisir une librement.

### **Clause de conscience des professionnels de santé pour une interruption volontaire de grossesse (IVG)**

Un médecin ou une sage-femme n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens ou de sages-femmes susceptibles de réaliser cette intervention.

Aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse.

### **Cas de la mineure admise pour une interruption volontaire de grossesse (IVG)**

Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est recueilli. Ce consentement est joint à la demande qu'elle présente au médecin ou à la sage-femme en dehors de la présence de toute autre personne.

Si la femme mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin ou la sage-femme doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien mentionné à l'article L. 2212-4 du CSP.

## Article 75 : L'admission du patient mineur

Par principe, le CHU, pour les patients mineurs, veille à leur dispenser une prise en charge adaptée à leur âge.

Les patients mineurs âgés de moins de 15 ans ne peuvent être admis dans les unités d'adultes dès lors qu'il existe une unité pédiatrique susceptible de les accueillir. Des dérogations peuvent néanmoins être autorisées par le Directeur Général ou son représentant, après avis des responsables des structures médicales concernées, permettant la dispensation de soins dans une unité d'adultes à des mineurs âgés de moins de 15 ans, notamment en cas de prises en charge spécialisées non pédiatriques, ou en cas de circonstances exceptionnelles (absence de places en unité pédiatrique ...).

### Concernant l'admission en psychiatrie :

Les patients mineurs âgés de moins de 16 ans doivent être admis dans un service de psychiatrie infanto-juvénile. Au-delà de 16 ans, les patients mineurs peuvent être hospitalisés dans un service de psychiatrie adulte.

Sauf circonstances particulières, un mineur ne peut pas partager sa chambre avec un adulte.

Les patients mineurs ne peuvent refuser leur hospitalisation. Seules les personnes exerçant l'autorité parentale peuvent signer un refus d'admission.

#### **Cadre Général de l'admission du patient mineur**

L'admission d'un mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale, ou de l'autorité judiciaire.

Le CHU n'a besoin de recueillir que l'autorisation d'un seul des deux parents. Il est présumé de bonne foi lorsqu'il est en droit de penser que celui des deux parents qui prend la décision d'hospitalisation vis-à-vis d'un enfant le fait en accord avec l'autre parent. Lorsqu'il existe un désaccord entre les parents sur la décision d'hospitalisation et hors le cas d'urgence imposant l'intervention pour sauvegarder la santé du mineur, l'établissement de santé ne peut admettre l'enfant et il revient aux parents de saisir le juge des enfants ou le juge aux affaires familiales.

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

#### **Cadre spécifique de l'admission du patient mineur sans l'accord de l'autorité parentale**

Dans certaines circonstances, l'admission du mineur peut être prononcée sans l'accord des titulaires de l'autorité parentale.

Le mineur peut décider seul :

- s'il est émancipé et qu'il possède la capacité d'exercice de ses droits ;
- lorsque ses liens familiaux sont rompus et qu'il bénéficie à ce titre de la CMU à titre personnel ;
- en cas d'urgence des soins dans ce cas, les formalités d'admission passent après l'obligation de soins, sous réserve de régulariser la situation le plus rapidement possible ;
- lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé du mineur et lorsque celui-ci s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale et souhaite garder le secret sur son état de santé ;
- lorsqu'il souhaite subir une IVG.

#### **Cadre spécifique de l'admission du patient mineur relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)**

Lorsqu'il s'agit d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance, l'admission est prononcée à la demande de ce service sauf si le mineur lui a été confié par une personne exerçant l'autorité parentale.

Toutefois, lorsqu'aucune personne exerçant l'autorité parentale ne peut être jointe en temps utile, l'admission est demandée par le service d'aide sociale à l'enfance.

#### **Cadre spécifique de l'admission du patient mineur étranger isolé**

Le mineur étranger doit pouvoir avoir accès aux soins, même non urgents, sans condition de durée de séjour.

Les mineurs isolés étrangers qui relèvent de l'Aide Sociale à l'Enfance ou de la Protection Judiciaire de la Jeunesse sont affiliés à la sécurité sociale et bénéficient de la CMU. En cas d'admission d'un mineur étranger isolé, le CHU doit signaler sa situation au Conseil départemental qui appréciera la situation : âge réel du mineur, situation d'isolement et/ou danger du mineur.

### **Cadre spécifique de l'admission du patient mineur victime de maltraitance au sein de l'UAPED**

Un mineur victime, ou potentiellement victime de maltraitements peut être accueilli et pris en charge par l'Unité d'Accueil Pédiatrique (UAPED) au sein du CHU. Cette unité a pour principale mission d'évaluer et de prendre en charge l'enfance maltraitée, c'est à dire des enfants ayant subi des actes de violences excessifs, des sévices sexuels ou des actes de négligences physiques ou morales.

L'UAPED, regroupant des ressources soignantes spécialisées en santé de l'enfant et de l'adolescent, a pour mission d'offrir, dans un lieu unique et adapté, avec du personnel formé :

- Un accueil du mineur victime ;
- La possibilité de soins et de protection adaptés ;
- Une prise en charge globale : médico-psychologique, médico-légale et judiciaire ;
- La possibilité d'une audition dans des locaux adaptés par les services d'enquête.

Tout patient mineur peut être accueilli par le biais :

- d'une demande formulée par téléphone ;
- d'une demande spécifique d'un médecin traitant ou tout organisme extérieur ;
- de l'Unité des Urgences Pédiatriques (Hôpital des Enfants) ;
- d'une demande de tout membre du personnel hospitalier.

### **Spécificité de l'admission de la patiente mineure enceinte**

Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale, ou le cas échéant du représentant légal, doit être recueilli.

Lorsqu'une femme enceinte mineure demande le bénéfice du secret de l'admission, le Directeur général ou son représentant, en liaison avec le service social du site, signale la situation au Parquet qui apprécie la nécessité ou non de saisir le Juge des enfants en vue d'une mesure d'assistance éducative pouvant concerner la femme ou l'enfant.

### **Spécificité de l'admission de la patiente mineure pour une IVG**

Se reporter à l'article du Règlement Intérieur relatif à l'admission pour IVG - Cas de la mineure admise pour une interruption volontaire de grossesse (IVG).

### **Spécificité de l'admission du patient mineur en soins sans consentement**

Se reporter à l'article du Règlement Intérieur relatif à l'admission en soins sans consentement – Mineur admis en soins sans consentement.

ARTICLES R. 1112-34 à R.1112-36 et R.3221-1 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## **Article 76 : La scolarisation du mineur après admission**

Les mineurs en âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté, lorsque leurs conditions d'hospitalisation le permettent. Le CHU de TOULOUSE s'efforce de favoriser la scolarité des mineurs, notamment en collaboration avec les associations et organismes spécialisés.

## **Article 77 : Autorisations de sorties du mineur en cours d'hospitalisation**

Des autorisations de sortie peuvent être accordées en cours d'hospitalisation, dans le respect des dispositions du RI relatif à celles-ci.

Les mineurs ne peuvent toutefois être confiés qu'à leur père, leur mère ou leur tuteur. La personne titulaire de l'autorité parentale doit préciser à la direction du CHU de Toulouse si le mineur peut quitter seul le CHU ou s'il doit être confié à une tierce personne qu'elle a expressément autorisée. La personne emmenant l'enfant doit présenter une pièce d'identité.

ARTICLE R. 1112-57 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 78 : Information du mineur et consentement aux soins

Les droits des mineurs en matière d'information et de consentement aux soins sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale. Ceux-ci reçoivent l'information sous réserve des dispositions du RI relatives à la confidentialité des soins.

Les mineurs ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant de manière adaptée à leur degré de maturité. Le consentement des mineurs doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision.

ARTICLES L.1111-2 ; L.1111-4 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 79 : Soins confidentiels à la demande du mineur

Le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

L'infirmier peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la vie sexuelle et reproductive d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, l'infirmier doit, dans un premier temps, s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, l'infirmier peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage ou le traitement. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.

Dans tous les cas d'urgence, même si les titulaires de l'autorité parentale ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires.

ARTICLE L. 1111- 5 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 80 : Sortie du mineur en fin d'hospitalisation

La personne titulaire de l'autorité parentale est informée de la sortie prochaine du mineur. Elle doit préciser à la direction du CHU de Toulouse si le mineur peut quitter seul le CHU ou s'il doit être confié à ce dernier ou à une tierce personne qu'elle a expressément autorisée. Dans le cas où la sortie du mineur est effectuée entre les mains de la personne titulaire de l'autorité parentale ou du tiers que celle-ci a autorisé, des justifications sont exigées en tant que de besoin (pièce d'identité, extrait de jugement). La photocopie de ces justifications est conservée dans le dossier du patient.

ARTICLE R. 1112-64 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 81 : L'admission du majeur protégé sous tutelle

### **L'admission du majeur protégé sous tutelle hors urgence**

L'admission est prononcée à la demande de son tuteur.

Toutefois la personne intéressée est en droit d'être associée à la décision d'une manière adaptée à son discernement. Dès lors, le consentement à l'hospitalisation du majeur protégé doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté, le cas échéant avec l'assistance du tuteur.

Si la personne intéressée n'est pas apte à exprimer sa volonté le tuteur donne son autorisation en tenant compte de la volonté de la personne sous tutelle.

Dans la mesure où son état le lui permet, la personne sous tutelle participe, après avoir été informée par le médecin, à la prise de décision relative à sa santé. Lorsque la tutelle prévoit la protection relative à la personne toute information médicale doit être transmise non seulement à la personne intéressée mais également au tuteur dès l'admission et tout au long du parcours de soins.

### **L'admission du majeur protégé sous tutelle en situation d'urgence**

Le médecin peut passer outre l'avis du tuteur (ou en cas d'absence de réponse de celui-ci) pour admettre le majeur protégé en urgence.

Le médecin décidera en conscience de l'opportunité de son intervention après avis éventuel d'un confrère et ceci dans le souci de porter assistance à personne en péril. L'urgence est appréciée par le médecin.

### **Refus de soins du majeur protégé sous tutelle ou de son tuteur**

Si ce refus risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur protégé, le médecin délivre les soins indispensables.

ARTICLES L.1111-2 ; L.1111-4 et R.4127-42 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 82 : L'admission du majeur protégé sous curatelle ou sauvegarde de justice

### **L'admission du majeur protégé sous curatelle ou sauvegarde de justice hors urgence**

L'admission est prononcée à la demande du majeur protégé. En effet, aucune autorisation du curateur ou du mandataire spécial, ni aucune autorisation du juge du contentieux et de la protection ne sont requis.

S'agissant d'une personne sous curatelle, il est toutefois conseillé avec son accord de la recevoir en présence du curateur pour mieux informer le majeur protégé de sa situation et pour éclairer le médecin de la portée du consentement donné par ce patient. Le curateur pourra être destinataire de l'information médicale uniquement avec l'accord de la personne sous curatelle.

#### **L'admission du majeur protégé sous curatelle ou sauvegarde de justice en situation d'urgence**

Le médecin peut passer outre l'avis du majeur protégé, pour admettre ce dernier en urgence. Le médecin décidera en conscience de l'opportunité de son intervention après avis éventuel d'un confrère et ceci dans le souci de porter assistance à personne en péril. L'urgence est appréciée par le médecin.

#### **Refus de soins du majeur protégé sous curatelle ou sauvegarde de justice**

Si ce refus risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur protégé, le médecin délivre les soins indispensables.

ARTICLES L.1111-2 ; L.1111-4 et R.4127-42 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

### Article 83 : L'admission des militaires

Les militaires sont, hors les cas d'urgence, admis dans l'établissement sur demande de l'autorité militaire compétente. Si le Directeur est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission à l'autorité militaire ou, à défaut, à la gendarmerie.

Dès que l'état de santé de l'hospitalisé le permet, celui-ci est évacué sur l'hôpital des armées le plus proche. Les frais d'hospitalisation sont pris en charge par l'État.

ARTICLE R. 1112-29 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

### Article 84 : L'admission des bénéficiaires de l'article 115 du Code des pensions militaires, invalidité et victimes de guerre

Les bénéficiaires de l'article L.115 du Code des pensions militaires, d'invalidité et des victimes de guerre sont tenus de laisser leur carnet de soins gratuits à la disposition de l'administration du CHU de TOULOUSE pendant la durée de leur hospitalisation.

### Article 85 : L'admission des patients toxicomanes

Les patients toxicomanes peuvent :

- soit se présenter pour suivre une cure de désintoxication ;
- soit être astreints à une cure de désintoxication par les autorités sanitaires ou judiciaires. Dans ce cas, l'admission et le traitement des intéressés sont organisés selon les modalités prévues par le code de la santé publique (CSP).

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

En cas d'interruption de la cure de désintoxication prescrite par l'autorité sanitaire, le CHU de Toulouse en informe immédiatement cette autorité, qui prévient le Procureur de la République. Dans le cas d'une cure de désintoxication prescrite par l'autorité judiciaire, le médecin responsable informe celle-ci de son déroulement et de ses résultats.

L'Etat prend en charge les frais d'hospitalisation, de cure et de surveillance médicale liés à la cure de désintoxication. Cette cure doit obligatoirement se dérouler au sein d'un service agréé du CHU de Toulouse.

Les patients toxicomanes sont accueillis au sein du CHU de Toulouse dans des unités dites de sevrage, spécialement aménagées à cet effet. L'admission donne lieu à un protocole de sevrage entre le médecin responsable et le patient.

ARTICLES R. 1112-38 et R. 1112-39 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 86 : L'admission d'une personne malvoyante ou malentendante

Le CHU de TOULOUSE veille à accompagner au mieux les patients malvoyants qui bénéficient d'un chien-guide ou d'un autre animal thérapeutique dans le cadre de l'admission.

Si la personne malvoyante est guidée par un chien ou un autre animal thérapeutique, ce dernier peut pénétrer dans les lieux ouverts au public. L'animal ne doit pas s'approcher des patients, ni être introduit dans les salles de consultations ou de soins. En cas d'hospitalisation, l'animal doit être remis à un proche du patient. A défaut, le chien pourra être confié à la garde d'un chenil.

Pour favoriser l'accès aux soins des personnes sourdes et malentendantes, une unité d'accueil spécifique dispose de personnels compétents, formés en langue des signes. Le personnel intervient à la demande et sur sollicitation des unités de soins du CHU.

## Article 87 : L'admission des patients ayant la qualité d'évacués sanitaires

Des patients non-résidents en France peuvent être admis au sein du CHU de TOULOUSE dans le cadre des entrées sanitaires d'urgence décidées par les autorités ministérielles. Des prises en charge peuvent alors être accordées au titre de l'aide médicale d'État

## Chapitre 5 : L'admission des personnes détenus et gardés à vue

ARTICLES R. 1112-30 à R.1112-33 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE ; R.6147-66 à R. 6147-72 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE  
R. 115-1 à R. 115-2 DU CODE PENITENTIAIRE

## Article 88 : L'admission des détenus

## **Le cadre général : l'admission du patient détenu au sein de l'UHSI**

Le CHU de TOULOUSE dispose d'une unité spécialement dédiée à la prise en charge des patients détenus, à savoir l'Unité d'Hospitalisation Sécurisée Interrégionale (UHSI), qui reçoit tous les patients détenus dont le séjour est supérieur à 48 heures.

La garde du patient-détenu est assurée obligatoirement et exclusivement par des agents de Police, des agents de l'administration pénitentiaire ou de gendarmerie en tenue. Tout incident grave doit être signalé aux autorités compétentes.

Les détenus peuvent être soumis au port des menottes, ou des entraves par mesure de sécurité (contre actes agressifs et les évasions) lorsque les circonstances l'exigent. Les contraintes physiques (entraves, menottes) peuvent être enlevées après un entretien et l'accord du personnel de surveillance si le médecin l'estime nécessaire sur un plan exclusivement médical.

### **Exceptions à l'admission du patient détenu en UHSI**

Par exception, le détenu peut être pris en charge par les services d'urgences ou de réanimation, quand il requiert des soins de réanimations, des soins intensifs ou une surveillance particulière au regard de son état de santé. Dès que son état de santé le permet, il sera transféré à l'UHSI.

La surveillance demeure également assurée obligatoirement et exclusivement par des agents de Police, des agents de l'administration pénitentiaire ou de gendarmerie en tenue.

## Article 89 : L'admission des patients gardés à vue

L'admission des personnes gardées à vue est prononcée dans les mêmes conditions que celle des patients relevant du droit commun. Leur surveillance est assurée par l'autorité de police ou de gendarmerie qui a prononcé la garde à vue, sous le contrôle du procureur de la République ou du juge d'instruction.

ARTICLE D.6124-23 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 90 : Les soins délivrés aux patients en milieu pénitentiaire

Le CHU assure les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire. Il concourt aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisée dans les établissements pénitentiaires avec lesquels il est lié par convention.

Le maintien de l'ordre et la sécurité dans les locaux où les personnels hospitaliers dispensent ces soins et accomplissent ces actions sont assurés par l'administration pénitentiaire.

Les dépenses afférentes aux soins ainsi dispensés sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie.

ARTICLE D.115-3 à D.115-11 DU CODE PENITENTIAIRE

## Article 91 : Les auditions par les autorités de police

Suivant le cadre procédural de l'enquête pénale (enquête préliminaire, de flagrance ou sur commission rogatoire d'un juge d'instruction), le patient doit être entendu par les autorités de police avec ou sans son consentement. En toute hypothèse, l'audition doit être compatible avec l'état de santé du patient. L'avis, favorable ou défavorable, donné par le praticien ayant en charge le patient doit prendre la forme d'un écrit.

Cet avis est immédiatement transmis au Directeur Général du CHU de TOULOUSE ou son représentant.

ARTICLES 63-1 ; 63-3 et D.15-5-2 DU CODE DE PROCEDURE PENALE

## Chapitre 6 : L'admission des personnes en soins psychiatriques (libre et sans consentement)

### Article 92 : Dispositions générales relatives à l'admission du patient en soins psychiatriques

L'admission des personnes atteintes de troubles mentaux peut intervenir selon trois modalités distinctes qui sont selon le cas :

- les soins psychiatriques libres ;
- les soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent (SDT ou SPRI) ;
- les soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'État (SDRE).

Les soins psychiatriques libres des personnes atteintes de troubles mentaux, définis par le critère du consentement du patient aux soins sont la règle et les soins psychiatriques sous contrainte (sans consentement) l'exception.

ARTICLES L. 3211-1 à L. 3216-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

### Article 93 : L'admission du patient (majeur ou mineur) en soins psychiatriques libres

#### **Dispositions générales relatives à l'admission en soins psychiatriques libre**

Les patients en soins psychiatriques libres disposent des mêmes droits que ceux reconnus aux patients hospitalisés pour une autre cause, et notamment du droit d'aller et venir librement à l'intérieur de la structure médicale où ils sont admis et au sein du CHU de TOULOUSE.

Dans le cas où le fonctionnement du service justifie la mise en œuvre de modalités particulières, celles-ci sont portées à la connaissance des patients. En aucun cas, elles ne peuvent porter atteinte à leur liberté d'aller et venir et doivent être organisées de manière à respecter ce principe.

#### **Dispositions spécifiques relatives à l'admission en soins psychiatriques libres du patient mineur**

Concernant le patient mineur, la décision d'admission en soins psychiatriques libre ou la levée de cette mesure sont demandées, selon les situations, par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou par le tuteur. En cas de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le juge aux affaires familiales statue.

*Pour l'âge d'admission du patient mineur en soins psychiatriques, se reporter à l'article du RI – admission du patient mineur.*

ARTICLES L. 3211-1 à L. 3211-2 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 94 : L'admission du patient majeur en soins psychiatriques sans consentement

### **Dispositions générales relatives à l'admission en soins sans consentement**

Les patients admis en soins psychiatriques sous contrainte (admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ou sur décision du représentant de l'État) ne peuvent être accueillis qu'au sein des structures médicales spécialement habilitées à cet effet. Les restrictions qui peuvent être apportées à l'exercice de leurs libertés individuelles sont strictement limitées à celles nécessitées par leur état de santé et par la mise en œuvre de leur traitement.

Dès leur admission, les patients sont informés le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à leur état de la décision d'admission en soins psychiatriques sous contrainte et, le cas échéant de chaque décision prononçant le maintien des soins. Ils sont également informés de leur situation juridique et de leurs droits, des voies de recours qui leur sont ouvertes et des garanties qui leur sont offertes. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée en raison de ses troubles mentaux doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

### **L'admission du patient à la demande du représentant de l'Etat (SDRE)**

L'admission en soins psychiatriques sur décision du préfet peut être prononcée pour les personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

Le préfet prononce, au vu d'un certificat médical établi par tout médecin hormis les psychiatres de l'établissement d'accueil, un arrêté décidant de l'admission d'une personne en soins psychiatriques. Après l'admission, le préfet autorise la forme de prise en charge de la personne malade (hospitalisation complète ou programme de soins) proposée par le psychiatre. Dans l'attente de cette décision, le patient reste sous hospitalisation complète.

### **L'admission du patient à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent (SDT ou SPRI)**

Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers peuvent être dispensés sur décision du directeur de l'établissement conforme à un ou plusieurs certificats médicaux lorsque les troubles mentaux du patient rendent son consentement impossible et que son état nécessite des soins immédiats et une surveillance constante ou régulière.

Le « tiers » demandeur des soins doit être un membre de la famille ou toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade et ayant avec lui une relation antérieure à la demande de soins.

Pour un majeur protégé, le mandataire peut faire la demande en fournissant, à l'appui de celle-ci, le mandat de protection future visé par le greffier, ou un extrait du jugement instaurant la mesure de protection.

La demande du tiers doit être accompagnée de deux certificats médicaux de moins de 15 jours attestant des troubles mentaux de la personne concernée, le premier ne pouvant pas être établi par un médecin exerçant dans l'établissement accueillant le malade.

En cas d'urgence et de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade et s'il est impossible de recueillir une demande de tiers, le directeur de l'établissement peut prononcer une admission à l'appui d'un seul certificat médical attestant de ce péril, rédigé par un médecin de l'établissement d'accueil et datant de moins de 15 jours.

Sur la base du second certificat du psychiatre établi dans les 72 premières heures, puis tous les mois, le directeur de l'établissement d'accueil prononce le maintien des soins sous la forme de prise en charge retenue par le psychiatre de l'établissement.

ARTICLES L. 3211-2-1 à L. 3214-5 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE ;  
R 3212-1 à R 3213-3 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 95 : L'admission du patient mineur en soins sans consentement

Seule une décision du représentant de l'Etat (SDRE) permet l'admission d'un patient mineur en soins sans consentement.

Le mineur ne peut être admis en soins sans consentement sur décision du directeur de l'établissement de santé à la demande de tiers ou sur décision de ses parents.

ARTICLE L. 3211-10 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE ;

## Article 96 : L'autorisation de sortie du patient en soins sans consentement

Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale ou si des démarches extérieures sont nécessaires, les patients admis dans le cadre d'une admission psychiatrique sans consentement en hospitalisation complète pour troubles mentaux peuvent bénéficier d'autorisations de sorties de courte durée :

- sous la forme de sorties accompagnées n'excédant pas douze heures. Elles sont, dans ce cas, accompagnées par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement d'accueil, par un membre de leur famille ou par la personne de confiance qu'elles ont désignée (en application de l'article L.1111-6 du Code de la santé publique), pendant toute la durée de la sortie ;
- sous la forme de sorties non accompagnées d'une durée maximale de 48 heures.

La sortie est accordée par le directeur de l'établissement d'accueil après avis favorable d'un psychiatre de cet établissement ;

Lorsque la mesure de soins psychiatriques fait suite à la demande d'un tiers, le directeur de l'établissement d'accueil informe celui-ci, préalablement, de l'autorisation de sortie non accompagnée et de sa durée.

ARTICLE L.3211-11-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 97 : La fugue du patient en soins psychiatriques – et détenus

Le CHU a prévu une procédure spécifique afin de gérer les fugues des patients hospitalisés en soins psychiatriques (libre ou sans consentement) et pour les patients détenus, qui précise plus en détail cette gestion.

La fugue s'entend pour les patients qui soit ne reviennent pas à l'issue d'une permission de sortie, soit qui ont quitté l'établissement à l'insu du service.

Dès que le soignant constate que le patient n'est plus dans le service, (ou n'est pas revenu dans les temps d'une permission de sortie) il déclenche la procédure fugue sans délais et immédiatement et concomitamment avertit le cadre de santé (du service ou de garde).

La sortie du patient est prononcée le jour où il a quitté le CHU de Toulouse, à minuit.

#### **Pour les patients hospitalisés en soins psychiatriques libres**

Une fois la fugue constatée, l'équipe de psychiatrie et les équipes de sécurité effectuent la recherche du patient dans l'enceinte du CHU, et en informent le Directeur de Pôle ou le Garde, ainsi que le psychiatre de garde.

La famille du patient et/ou son représentant légal sont immédiatement avisés ;

Si dans la demi-heure qui suit le constat de la fugue, le patient n'a pas réintégré l'établissement les forces de l'ordre sont alertés par le Directeur Général ou son représentant.

#### **Pour les patients hospitalisés en soins psychiatriques sans consentement ou détenus**

Une fois la fugue constatée, l'équipe de psychiatrie et les équipes de sécurité effectuent la recherche du patient dans l'enceinte du CHU, et en informent le Directeur de Pôle ou le Garde , ainsi que le psychiatre de garde.

En cas de dangerosité du patient, le psychiatre de garde doit sans délai rédiger le certificat de fugue mentionnant cette dangerosité et établir le cas échéant un certificat sur la base de son dossier médical que l'état mental du patient nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public.

La famille du patient et/ou son représentant légal sont immédiatement avisés, ainsi que le ou les tiers identifiés à l'origine de la mesure de contrainte, le cas échéant.

Les forces de l'ordres et la Préfecture sont immédiatement alertés, ainsi que l'ARS si le patient revêt une dangerosité particulière, ainsi que l'administration pénitentiaire, si la fugue concerne un détenu, par le Directeur Général ou son représentant.

## Chapitre 7 : La Procédure d'admission

ARTICLES L.1112-1 et suivants ; R. 1110-1 à D.1114-42DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

### Article 98 : Accueil du patient lors de l'admission

L'accueil des patients et des accompagnants est assuré par du personnel médico-administratif dans les services de consultations. L'accueil des patients et des accompagnants est assuré par le personnel soignant dans les services d'hospitalisation.

Dès son admission, le patient est invité à désigner une personne à prévenir en cas de besoin.

En cas de défaut d'identité concernant le patient admis, le CHU de TOULOUSE recherchera toute information auprès du SAMU, des pompiers, des ambulanciers ou de toute personne ayant participé au transport du patient jusqu'à l'établissement.

## Article 99 : Pièces à fournir lors de l'admission

### **Cadre général des pièces à fournir pour le dossier d'admission**

Quel que soit le mode d'admission du patient, l'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du patient et aux conditions de prise en charge de son hospitalisation.

Lors de leur admission, il est demandé aux patients de produire une pièce d'identité et un justificatif de domicile. En outre, les bénéficiaires d'une couverture sociale doivent fournir tous les documents nécessaires à l'obtention par l'établissement de la prise en charge des frais d'hospitalisation par l'organisme de sécurité sociale dont ils relèvent et ceux de leur éventuelle mutuelle complémentaire.

Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle et de la couverture santé solidaire doivent être munis de l'attestation idoine.

Les bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat doivent être munis de leur attestation AME en cours de validité. Les bénéficiaires de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre doivent laisser leur carnet de soins gratuits à la disposition de l'administration de l'établissement pendant la durée de leur hospitalisation.

### **Cas particulier du dossier d'admission du patient sans organisme social**

Si le patient admis dans l'établissement ne relève d'aucun organisme social, il est tenu d'acquitter, auprès du trésorier principal, le montant d'une provision correspondant à la durée prévue de son hospitalisation. Ce versement doit être effectué lors de l'admission et viendra en déduction sur le titre de recettes correspondant au séjour.

Dans l'hypothèse où la somme versée serait supérieure au montant dû à l'issue de la prise en charge, la différence fera l'objet d'un remboursement au patient.

L'assistant social peut être sollicité pour toute démarche visant à régulariser un défaut de couverture maladie. Il assiste le patient pour toutes démarches administratives, sociales et/ou matérielles liées à son hospitalisation.

## Article 100 : Admission sous identité protégée

Si le patient le souhaite, il peut demander au bureau des entrées et aux professionnels de santé du service où il est admis, que son identité et / ou sa présence ne soit pas révélée pendant son séjour dans l'établissement vis à vis des tiers. Il est alors admis sous identité protégée. Ceci implique de ne pas indiquer les coordonnées relatives à la localisation du patient dans une chambre de l'hôpital. Cette disposition ne fait toutefois pas obstacle à l'obligation de signalement sur réquisition des services judiciaires.

Cette disposition ne s'applique pas aux mineurs soumis à l'autorité parentale, aux militaires et aux détenus.

Les mineurs peuvent cependant être admis ou placés sous identité protégée par décision judiciaire.

Dans cette hypothèse, le dossier d'admission du patient est normalement constitué mais une mention relative à cette demande est inscrite dans celui-ci.

## Chapitre 8 : Le choix du régime d'hospitalisation

### Article 101 : Les régimes d'hospitalisations

Les patients ont le choix de leur régime d'hospitalisation. Le régime dérogatoire au droit commun est le régime particulier.

Chaque patient a la possibilité soit d'être admis en régime commun, soit de demander à être admis en régime particulier ce qui peut lui permettre de bénéficier d'une chambre particulière. Le choix pour le régime d'hospitalisation doit être formulé par écrit dès l'admission, par le patient lui-même ou son accompagnant, après qu'il aura pris connaissance des conditions particulières qu'implique ce choix.

Il peut être fait obstacle à l'application du régime particulier par le CHU de TOULOUSE en l'absence de lits suffisants disponibles.

#### **Le régime commun**

Le patient est par défaut admis en régime commun.

#### **Le régime particulier**

Le patient a la possibilité d'être admis en régime particulier pour bénéficier d'une chambre seule. Le choix du régime particulier entraîne un supplément au prix de journée. Ce supplément de prix n'est pas dû lorsque l'isolement du patient en chambre à un lit est requis par son état de santé.

Le patient bénéficiant d'une chambre particulière (régime particulier), doit au moment de son admission, signer un engagement de payer les frais qui y sont liés.

ARTICLES R. 1112-18 à 112-23 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

### Article 102 : Les régimes de consultations et de soins externes

Les patients peuvent recevoir des soins en consultations externes publiques. Des consultations externes peuvent être également effectuées dans le cadre de l'activité libérale pratiquée par certains praticiens hospitaliers.

Un tableau général des consultations externes pratiquées dans les services est arrêté chaque année par la CME. Les tarifs des consultations sont affichés à la vue du public. Par convention conclue entre le CHU et les organismes d'assurance maladie, le CHU est dispensé de la rédaction de feuilles d'assurance maladie.

ARTICLES L. 6154-5 ; R. 6154-1 à R. 6154-10-4 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Chapitre 9 : Les frais de séjour

ARTICLES L.1111-3 et suivants DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

## Article 103 : Le guide de la facturation

Le CHU de Toulouse met à la disposition de tous (patients, professionnels, particuliers, ...) un **guide de facturation**. Ce guide recense l'ensemble des tarifs applicables au CHU de Toulouse dans une logique de transparence vis-à-vis des différentes parties prenantes. Il fait l'objet d'une actualisation a minima annuelle, toute modification faisant l'objet d'une soumission au Directoire pour avis.

Il est axé autour de 10 thématiques :

1. Prestations journalières en hospitalisation,
2. Actes pratiqués en externe,
3. Actes non pris en charge par l'Assurance Maladie,
4. Activité médico-légale,
5. Recherche clinique et innovation,
6. Interventions du SMUR,
7. Activités salariées (coût moyen et charges comprises),
8. Locations (parking, locaux et salles),
9. Prestations logistiques (restauration, atelier d'édition, insertions publicitaires, visites de musées, tournages de films ...),
10. Centre de formation.

## Article 104 : Hospitalisations

Toute journée d'hospitalisation est facturable. Elle doit être payée au CHU de Toulouse par le patient ou par un tiers payeur.

Lors de l'admission, si les frais de séjour ne peuvent être pris en charge par un organisme tiers, un engagement de payer doit être souscrit, avec versement immédiat et renouvelable, sauf dans les cas d'urgence médicalement constatée, d'une provision calculée notamment, sur la base de la durée estimée du séjour.

Sauf dans les mêmes cas d'urgence, les patients non assurés sociaux 100% payants dont les malades étrangers non-résidents, sont tenus au dépôt préalable et intégral de cette provision à défaut d'un document attestant d'une prise en charge par leur pays d'origine. Cette attestation doit être acceptée par le CHU de Toulouse avant la prise en charge du patient.

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

## Article 105 : Tarifs des consultations externes

Les tarifs des consultations et actes pratiqués à titre externe à l'hôpital correspondent aux tarifs publics fixés par conventions entre l'assurance maladie et les professionnels de santé, sur la base des nomenclatures en vigueur. Les tarifs des actes non prévus par ces nomenclatures sont fixés par le Directeur Général du CHU de Toulouse.

Tout patient ne pouvant justifier de l'ouverture de droits à la Sécurité Sociale ou à un autre organisme de prévoyance, doit s'acquitter de l'intégralité du tarif des soins externes auprès de l'hôpital. Lorsqu'il

bénéficie d'un "tiers payant" pour la part sécurité sociale, le patient acquitte uniquement le ticket modérateur.

Il peut être exonéré totalement du paiement de ce ticket modérateur en fonction de sa situation personnelle ou si celui-ci est pris en charge par un organisme tiers ayant passé une convention à cet effet avec le CHU de Toulouse.

Les patients devant s'acquitter de l'intégralité des frais de soins externes ou du paiement du seul ticket modérateur pourront être amenés à payer ces sommes en régie préalablement ou à l'issue de la consultation et/ou des actes effectués.

Le service social de l'hôpital assiste les personnes démunies pour leur faciliter l'accès aux consultations notamment pour l'obtention d'une couverture sociale.

## Article 106 : Tarifs de l'activité libérale

Les honoraires de l'activité libérale au CHU de Toulouse, à régler indépendamment des frais de séjour hospitalier, sont fixés par entente directe entre le patient et le médecin.

Le patient reçoit une information à ce sujet, préalablement à son choix de prise en charge médicale.

Ces honoraires ne comprennent pas le supplément pour chambre particulière.

## Article 107 : Supplément pour chambre particulière

Les patients qui demandent à être admis en chambre particulière doivent acquitter un supplément dont le montant est actualisé chaque année.

Ces chambres particulières ne peuvent être attribuées qu'après avoir pris en considération les priorités médicales au sein du service.

## Article 108 : Prestations fournies aux accompagnants

Les frais d'hébergement et de repas engagés par l'hôpital pour les personnes accompagnant les malades hospitalisés sont facturables sur la base d'un tarif forfaitaire fixé annuellement par le Directeur Général.

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

## Chapitre 10 : Les conditions de séjour

ARTICLES R. 1112-40 à R.1112-55 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

## Article 109 : Règles Générales

La vie hospitalière implique le respect des règles essentielles de la vie en collectivité.

Les patients doivent notamment veiller à ne pas gêner, par leurs comportements ou leurs propos, les autres patients ou le fonctionnement du service. Ils doivent observer strictement les règles d'hygiène. Ils doivent être vêtus de façon décente au cours de leurs déplacements dans l'enceinte du CHU de Toulouse. Ils doivent respecter le bon état des locaux et objets qui sont à leur disposition.

Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du patient. En cas de faits graves et caractérisés, le CHU de Toulouse se réserve le droit d'engager, en lien avec le Parquet des poursuites judiciaires au plan pénal.

Les patients peuvent se déplacer librement dans l'enceinte hospitalière, selon des modalités convenues avec les responsables de l'unité de soins, ceci dès lors que leur état de santé le permet et qu'ils n'entravent pas le bon fonctionnement du service hospitalier, à l'exception des possibles restrictions de déplacements (patients détenus, patients hospitalisés en soins sans consentement, patients mineurs ...). Le séjour hospitalier est organisé selon des horaires qui tiennent compte des besoins individuels des patients. Ils doivent s'abstenir de tout déplacement dans la nuit hors du service. Cet horaire peut être adapté aux impératifs de chaque service.

#### **Accès aux piscines intérieures du CHU de TOULOUSE :**

Concernant la réglementation applicable aux piscines intérieures du CHU aux patients, pour usage de bains thérapeutiques, un règlement intérieur des piscines, le cas échéant, en détaille les modalités d'accès.

### Article 110 : Respect de la personne et de son intimité

Les activités de diagnostic, de prévention et de soins s'exercent dans le respect des droits des patients affirmés par le Code de la santé publique. Ces droits comportent notamment le droit à la protection de la santé, le respect de la dignité, la non-discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins, le respect de la vie privée, y compris le droit au secret et à la protection de l'image et le droit à des soins appropriés.

Le respect de l'intimité du patient doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré et postopératoires, des radiographies, des brancardages et, d'une manière générale, à tout moment de son séjour hospitalier.

L'examen d'un patient dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des patients. Les personnels et les visiteurs extérieurs doivent frapper avant d'entrer dans la chambre du patient et n'y pénétrer, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par l'intéressé. Le tutoiement et toute forme de familiarité avec les patients sont proscrits, sauf en cas d'accord explicite de ces derniers.

Le CHU de Toulouse prend les mesures qui assurent la tranquillité des patients et réduisent les nuisances liées notamment au bruit et à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil.

### Article 111 : Dépôts des sommes d'argent, titres et objet de valeur

Toute personne admise au CHU est informée, oralement et par écrit, dès son admission, de la possibilité de déposer certains de ses objets et valeurs pendant son séjour. Le patient est toutefois invité à n'apporter au sein du CHU de Toulouse que les objets strictement utiles à son séjour. Le dépôt ne peut avoir pour objet que des choses mobilières dont la nature justifie la détention par la personne admise ou hébergée durant son séjour dans l'établissement. Il ne peut être effectué par les personnes accueillies en consultation externe.

Tout patient voulant déposer un objet dont la détention durant l'hospitalisation n'est pas justifiée peut se voir opposer un refus.

Le patient hospitalisé est informé verbalement ainsi que par le Livret d'accueil des règles applicables dans les établissements de santé en matière de responsabilité en cas de vol, perte ou détérioration d'un bien lui appartenant, selon qu'il a été ou non déposé, conformément à la réglementation et lui remet une fiche d'information.

Un inventaire des biens déposés est requis pour tout patient souhaitant déposer. Il doit être réalisé contradictoirement :

- Les valeurs (sommes d'argents, titres et valeurs, moyens de règlement, objets de valeurs) sont déposées à la régie.
- Les « autres objets » qui ne sont pas conservés par le patient sont mis en sécurité, dans un sac scellé, dans le service.
- 

**Personnes dans l'incapacité de procéder aux formalités de dépôts :**

- patient hors d'état de manifester leur volonté;
- patient mineur ou majeur protégé non accompagné;
- patient devant recevoir des soins d'urgence.

Un inventaire contradictoire de l'ensemble des objets détenus par ces patients doit être dressé par deux membres de l'équipe soignante. Ils signeront la fiche d'inventaire et déclineront d'une manière manuscrite et lisible leur identité. Mention doit être portée dans le dossier de soins.

Ultérieurement, dès que leur état le permet, ces patients sont invités à retirer les biens qui ne peuvent rester déposés en régie en raison de leur nature.

Le CHU de Toulouse est responsable de plein droit s'il y a vol, perte ou détérioration des biens déposés. Il n'est pas responsable lorsque la perte ou la détérioration de la chose résulte de la nature ou d'un vice de la chose ou lorsque le dommage était nécessaire à la réalisation d'un acte médical ou d'un acte de soins.

ARTICLES R. 1113-1 à 1111-6 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 112 : Biens conservés par le patient

Le patient est libre de refuser le dépôt de ses biens.

Ce refus doit être tracé de façon contradictoire par écrit sur la fiche d'inventaire mentionné dans son dossier. Le CHU n'est pas responsable du vol, de la perte, ou de la détérioration des biens conservés par le patient. Ils restent sous sa seule responsabilité.

À titre exceptionnel, le Directeur Général ou son représentant peut autoriser de façon expresse le patient à conserver un ou plusieurs objets sur lui. Il ne peut, en tout état de cause, concerner ni des sommes d'argent, des titres ou des valeurs mobilières, ni des moyens de règlement ou des objets de valeur.

ARTICLE R. 1113.3 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 113 : Restitution des sommes d'argent, titres et objet de valeur

Lorsque la procédure de dépôt a été engagée, les sommes d'argent ou objets de valeur sont restitués au patient, à la fin de son séjour ou au cours du séjour (sachant que les retraits partiels de sommes d'argent sont proscrits), sur présentation du reçu délivré lors du dépôt et d'une pièce d'identité. Mention de la remise est portée sur la fiche d'inventaire.

Le retrait auprès du Comptable ou régisseur peut être effectué par le patient lui-même, par son représentant légal, par un tiers mandaté par le patient ou par ses héritiers ou légataires ou ayants droit en cas de décès. Par ailleurs, pour se voir reconnaître la qualité d'héritier, les ayants droit devront détenir un certificat d'hérédité délivré en mairie (succession simple) ou acte notarié établi par un notaire (succession complexe) ; livret de famille attestant la filiation directe avec la personne décédée ; ou encore une fiche d'état civil attestant la filiation directe avec la personne décédée.

Lorsqu'il existe un certain nombre d'héritiers, l'un d'eux peut se porter fort pour l'ensemble, en prenant l'engagement d'utiliser l'attestation qui lui est délivrée par les autres héritiers pour effectuer l'ensemble des démarches en leur nom et dans le respect de leurs droits.

Dans le cas exceptionnel où le patient ne pourrait se déplacer le régisseur se déplacera dans sa chambre pour lui restituer le dépôt. Cette procédure doit demeurer exceptionnelle.

**Dépôts non retirés dans un délai d'un an :**

- les valeurs seront proposées aux Services des domaines pour vente ou à défaut deviendront propriété des Hôpitaux de Toulouse;
- le numéraire sera consigné à la Caisse des Dépôts et Consignation pendant 5 ans et au-delà acquis à l'Etat.

ARTICLES R. 1113-7 à R.1113-9 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 114 : Les repas

Les repas sont servis soit individuellement, au lit du patient, soit collectivement, dans les locaux spécialement affectés à cet usage.

Dans la mesure du possible, un choix entre plusieurs menus est proposé aux patients.

Un repas peut être servi aux visiteurs, à leur demande et moyennant paiement. Dans ce cas, la facturation est établie sur la base d'un tarif forfaitaire fixé chaque année par le CHU de Toulouse, en fonction du coût réel des prestations fournies.

D'autres possibilités de restauration des visiteurs peuvent exister au sein des différents sites du CHU (cafétaria, distributeurs automatiques ...).

## Article 115 : La pratique religieuse

Les patients doivent pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de leur religion. Ce droit s'exerce dans le respect de la liberté des autres patients, du respect de la neutralité du service public, de son bon fonctionnement et des impératifs liés à la sécurité, à la santé et à l'hygiène.

Les patients doivent s'abstenir de toute forme de prosélytisme. Une pratique religieuse ne saurait perturber la dispensation des soins, compromettre les exigences sanitaires, ni créer de désordres.

Des ministres des différents cultes, recrutés ou autorisés par le Directeur Général du CHU en fonction des besoins exprimés ou recensés par l'établissement et sur proposition des autorités culturelles clairement identifiées, sont à la disposition des patients sur simple demande de leur part. Des locaux sont dédiés à ces

pratiques. Il existe également des lieux de culte pour la célébration des obsèques dans les espaces d'accueil mortuaires.

ARTICLES R. 1112-46 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 116 : Droits civiques

En application des dispositions du Code électoral, les patients qui sont hospitalisés et qui, en raison de leur état de santé ou de leur condition physique, sont dans l'impossibilité de se déplacer le jour d'un scrutin, peuvent exercer au sein du CHU de Toulouse leur droit de vote par procuration. Une demande doit être effectuée à cet effet, pour chaque procuration demandée, auprès d'un officier de police judiciaire ou de son délégué dûment habilité.

Par ailleurs, un patient peut, en cas de risque de décès imminent, demander que son mariage soit célébré dans l'enceinte du CHU de Toulouse, en présence d'un officier de l'état civil désigné par le procureur de la République.

ARTICLE 75 du CODE CIVIL

## Article 117 : Les autorisations de sortie du patient

Les patients peuvent, en fonction de leur état de santé, de la longueur de leur séjour et sans préjudice de leur liberté d'aller et venir, bénéficier d'autorisations de sortie d'une durée maximale, sauf cas exceptionnel, de 48 heures, à laquelle sont rajoutés les délais de route.

Ces autorisations sont données par le directeur, sur avis favorable du médecin responsable de la structure médicale concernée. Les horaires de départ et de retour et, le cas échéant, l'identité de l'accompagnant, doivent être notés au sein de l'unité de soins.

Lorsqu'un patient qui a été autorisé à quitter le CHU de Toulouse ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, le CHU le porte « sortant », sauf cas de force majeure, et il ne peut être admis à nouveau que dans la limite des places disponibles.

### **Spécificités relatives aux autorisations de sortie du patient en soins sans consentement et du patient mineur :**

Concernant les autorisations de sortie du patient en soins sans consentement, se reporter à l'article du RI – Autorisations de sorties du patient en soins sans consentement.

Concernant les autorisations de sortie du patient mineur, se reporter à l'article du RI relatif à l'admission du patient mineur - Autorisations de sorties du mineur en cours d'hospitalisation.

ARTICLE R. 1112-56 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 118 : Téléphonie, micro-informatique et téléviseurs

### **Téléphonie et informatique**

Des appareils téléphoniques peuvent, à leur demande, être mis à disposition des patients dans les chambres d'hospitalisation ou à proximité, de telle sorte que soit assurée la confidentialité des communications.

Le CHU de Toulouse définit les conditions d'accès au réseau téléphonique notamment en ce qui concerne la facturation.

En raison notamment des risques de perturbation avec les dispositifs médicaux fonctionnant avec des systèmes électroniques présents dans le CHU de Toulouse, les personnes en possession de téléphones portables sont tenues de les mettre et de les maintenir sur la position « arrêt » dans les locaux présentant ces risques et signalés comme tel.

Une signalétique adaptée est mise en place pour informer les patients, les visiteurs et les personnels de cette interdiction dans les locaux concernés et prend toutes les mesures nécessaires pour contrôler en permanence sa stricte application.

La responsabilité du CHU de Toulouse ne peut pas être engagée lorsque les patients conservent personnellement leur téléphone ou ordinateur portable et tout autre matériel électronique ou informatique sauf en cas de faute de l'établissement ou de ses préposés.

### **Accès Internet**

La conservation des « données de trafic » (informations techniques générées par l'utilisation des réseaux de communications) liée à l'usage de l'accès Internet du CHU est réalisée dans les conditions suivantes :

➤ pour les agents :

les « données de trafic » ne sont conservées qu'à des fins techniques (diagnostic, maintenance, ...) sur une courte durée ;

➤ pour les personnels extérieurs et les patients :

les « données de trafic » sont conservées dans le respect de la réglementation en vigueur.

Fourniture de l'accès Internet aux patients :

Selon un choix institutionnel, certains services du CHU sont équipés d'accès internet. La fourniture de l'accès Internet est réalisée dans le respect de la réglementation en vigueur et notamment :

- par la journalisation des données de connexions pour les personnels extérieurs, patients et publics sur une durée de 12 mois ;
- la seule journalisation des éléments de connexions à des fins technique pour les agents sur une durée de trois mois.

### **Téléviseurs**

Une société de location de téléviseurs met à la disposition des patients des téléviseurs. Cette mise à disposition se fait à titre onéreux. Les patients désirant regarder la télévision dans leur chambre doivent en faire la demande. Les frais de location du poste de télévision leur sont facturables.

Le personnel hospitalier veille à ce qu'en aucun cas l'usage des récepteurs radio, de télévision ou autres appareils sonores ne gêne le repos des autres patients.

ARTICLES R. 1112-54 à R.1112-55 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## **Article 119 : Accompagnants privés**

L'autorisation de disposer d'un accompagnant privé doit être demandée par écrit par le patient ou sa famille. Elle est subordonnée à l'accord conjoint du médecin responsable de l'unité de soins et du Directeur Général du CHU de Toulouse (ou son représentant), qui peuvent à tout moment rapporter cette décision.

La personne autorisée à se tenir en permanence auprès du patient ne doit effectuer aucun soin médical ou paramédical. Les frais éventuels occasionnés par cette garde ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale. Cette précision doit être donnée au demandeur avant toute autorisation.

## Article 120 : Les visites

### Horaires des visites

Par principe, les visites aux patients sont autorisées tous les jours.

Des horaires de visite sont déterminés par les chefs de service suivant les contraintes du service. Ces horaires peuvent varier d'un service à l'autre.

Le chef de service précise notamment le nombre maximum de visiteurs admis dans une chambre.

Des dérogations aux horaires peuvent être autorisées à titre exceptionnel, avec l'accord du chef de service, lorsqu'elles ne troublent pas le fonctionnement du service.

Lorsque l'état du patient le justifie, ou lorsque l'hospitalisé est un enfant de moins de quinze ans, la présence d'un accompagnant peut être autorisée hors des heures de visite.

Un repas payant peut être servi aux personnes rendant visite aux hospitalisés lorsqu'ils sont dans l'impossibilité de prendre leur repas à l'extérieur et sous réserve des moyens d'accueil du service.

Les patients peuvent demander au cadre soignant du service de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès auprès d'eux.

Le droit et les horaires des visites peuvent être restreint par le chef de service, ou par le Directeur Général ou son représentant :

- pour des motifs liés à l'état de santé des patients ;
- pour les patients placés sous surveillance de la police, notamment les patients détenus ;
- Pour des motifs liés à la situation sanitaire (crise sanitaire, plan blanc, plan relatif à la prise en charge des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) ... ) ;

ARTICLES R. 1112-47 à R.1112-48 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 121 : Règles et recommandations aux visiteurs / usagers

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients, ni gêner le fonctionnement des unités de soins et plus généralement du CHU de Toulouse. Ils peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des patients ou des salles d'hospitalisation pendant l'exécution des soins et examens pratiqués sur les patients. Les patients peuvent demander au CHU de Toulouse de ne pas permettre les visites aux personnes qu'ils désignent.

Les visiteurs doivent garder une tenue correcte, éviter de provoquer tout bruit intempestif, notamment par leur conversation ou en faisant fonctionner des appareils sonores. Ils doivent respecter strictement l'interdiction de fumer et les restrictions relatives au vapotage. Il est interdit aux visiteurs d'introduire, dans les chambres des patients, des médicaments, sauf accord exprès du médecin en charge du patient, et, dans tous les cas, des boissons alcoolisées ou des produits toxiques, de quelque nature qu'ils soient. Les visiteurs doivent s'abstenir de remettre aux patients des denrées ou des boissons, même non alcoolisées, incompatibles avec leur régime alimentaire. Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, le personnel hospitalier peut interrompre immédiatement la visite et le Directeur Général ou son représentant peut décider l'expulsion du visiteur.

ARTICLES R. 1112-47 et R. 1112-48 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 122 : Les animaux

Les animaux ne peuvent être introduits dans l'enceinte du CHU de Toulouse.

Des dérogations exceptionnelles pourront être accordées au cas par cas, (par exemple les chiens d'accompagnement pour personnes aveugles ou en situation de handicap) – se reporter à l'article du RI admission des personnes malvoyantes et malentendantes.

ARTICLE R. 1112-48 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 123 : Interdiction des pourboires

Aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les patients ou leur famille à titre de gratification. Le dépôt de sommes d'argent ne peut se faire que dans les conditions prévues à l'article relatif aux dépôts des sommes d'argent et valeurs du présent RI.

ARTICLE R. 1112-51 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 124 : Visite des officiers ministériels (dont notaires)

Il s'agit en particulier de l'intervention des notaires dans le CHU qui n'ont pas à solliciter l'autorisation de l'administration hospitalière pour se rendre auprès des patients malades qui les ont sollicités. Ils peuvent à cette occasion demander au médecin en charge du patient, un certificat médical en vue d'établir la preuve de la capacité mentale des patients pour accomplir tout acte notarié ; dans ce cas, seul le médecin est à même de juger de l'opportunité de fournir un tel certificat.

L'appel à des agents hospitaliers en qualité de témoins nécessite l'information préalable du chef de service ou du directeur de pôle.

L'intervention des officiers ministériels demeure cependant conditionnée aux impératifs de bon fonctionnement du service public hospitalier, et ceux-ci sont tenus de se conformer aux directives du Directeur Général ou de son représentant, et du Chef de service de l'unité durant leur passage au sein du CHU.

## Article 125 : Effets personnels du patient

Les patients doivent prévoir pour leur séjour au sein du CHU de Toulouse du linge personnel et un nécessaire de toilette. Le linge personnel doit être compatible avec les nécessités du traitement du patient. Sauf dans les unités de soins de longue durée (USLD), son entretien n'incombe pas au CHU et sa conservation obéit aux règles de responsabilité définies par le Code de la santé publique.

En cas de nécessité, le CHU met à la disposition des patients, pour la durée de leur hospitalisation, des vêtements appropriés.

## Article 126 : Le courrier

Le vagemestre du CHU de Toulouse est à la disposition des patients hospitalisés pour toutes leurs opérations postales. La distribution des lettres ordinaires est faite par son intermédiaire et elle est organisée au sein de l'unité de soins par un cadre infirmier. Les mandats, lettres ou paquets recommandés sont remis personnellement par le vagemestre à leurs destinataires s'ils jouissent de la plénitude de leurs facultés mentales ; à défaut, ils sont remis en dépôt à la direction ou au mandataire judiciaire à la protection des majeurs notamment si le patient ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales.

Les mandats, lettres ou paquets recommandés destinés aux mineurs non émancipés leur sont distribués, sauf opposition des parents fondée sur l'intérêt de l'enfant.

ARTICLE R. 1112-53 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Chapitre 11 : La sortie du patient

ARTICLES R. 1112-56 à D. 1112-67-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

### Article 127 : Compétence du Directeur Général

Lorsque l'état du patient ne requiert plus son maintien dans l'une des unités de soins du CHU de Toulouse, sa sortie est prononcée par le Directeur Général ou son représentant, sur proposition du médecin responsable de la structure médicale concernée ; le directeur ou son représentant dûment habilité mentionne la sortie sur la fiche individuelle du patient. Il signale la sortie d'un militaire au chef de corps ou, à défaut, à la gendarmerie.

Le cas échéant, sur proposition médicale et en accord avec le patient et sa famille, il prend toutes dispositions en vue du transfert immédiat du patient dans un établissement de soins de suite ou de réadaptation ou de soins de longue durée adapté à son cas.

Le patient doit être préalablement informé du coût et des modalités de prise en charge financière d'un tel transfert.

*Pour les conditions de transfert, se reporter à l'article du RI – transfert d'un patient.*

### Article 128 : Modalités de sortie

La sortie donne lieu à la remise au patient d'un bulletin de sortie indiquant les dates de l'hospitalisation. Ce bulletin ne doit porter aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical relatifs à la maladie qui a motivé l'hospitalisation. Tout patient sortant doit recevoir les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation des soins et des traitements requis ainsi qu'à la justification de ses droits. En cas de nécessité médicale, une prescription de transport sanitaire, par ambulance ou par tout autre transport sanitaire, peut être établie, lors de la sortie, par un médecin hospitalier. Cette prescription peut le cas échéant permettre la prise en charge du transport par un organisme de protection sociale.

Dans le cas où le coût du transport est à la charge du patient, celui-ci dispose du libre choix de l'entreprise qui assure le transport. Le CHU de Toulouse tient à la disposition des patients la liste complète des entreprises de transport en ambulance agréées du département. Le praticien qui a adressé le patient au CHU de Toulouse en vue de son hospitalisation et le médecin traitant sont destinataires, à la sortie du patient, d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins, rédigée le médecin

du CHU de Toulouse en charge du patient ou par un autre membre de l'équipe de soins et qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises.

La lettre de liaison est remise, au moment de sa sortie, au patient ou, avec son accord à la personne de confiance. Les lettres de liaison peuvent être dématérialisées. Elles sont alors déposées dans le dossier médical partagé du patient et envoyées par messagerie sécurisée au praticien qui a adressé le patient en vue de son hospitalisation et au médecin traitant.

Tout patient reçoit, lors de son admission, un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations ; il peut déposer ce questionnaire auprès de l'administration du CHU de Toulouse sous pli cacheté et, s'il le désire, sous une forme anonyme. Ces questionnaires sont conservés et peuvent être consultés par les autorités sanitaires.

## Article 129 : La sortie contre avis médical

Les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment le CHU de Toulouse.

**Par exception, cet article n'est pas applicable aux patients suivants :**

- Les patients mineurs,
- Les patients admis en soins sans consentement,
- Les patients sous mesure de protection judiciaire (tutelle, curatelle ...),
- Les patients gardés à vue ou faisant l'objet d'une audition judiciaire,
- Les patients détenus

Toutefois, si le praticien hospitalier responsable de la structure médicale concernée estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, cette sortie est effectuée dans le respect des procédures prévues à l'article du RI – Refus de Soins. Le patient doit alors signer une décharge consignant sa volonté de sortir contre avis médical et sa connaissance des risques éventuels ainsi encourus. En cas de refus de signer cette décharge, un procès-verbal est établi et signé par deux témoins ; il atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants.

Si la sortie contre avis médical est demandée pour un mineur par son représentant légal, le médecin responsable de la structure médicale concernée peut saisir le procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance qu'il juge nécessaires. Les modalités de la sortie sont consignées dans le dossier médical.

*Pour le patient mineur, se reporter également aux dispositions spécifiques du RI - Sortie du mineur en fin d'hospitalisation.*

ARTICLE R. 1112-62 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 130 : La sortie à l'insu de l'unité de soins (fugue)

La fugue s'entend pour les patients qui soit ne reviennent pas à l'issue d'une permission de sortie, soit qui ont quitté l'établissement à l'insu du service.

Au cas où un patient quitte le CHU de Toulouse sans prévenir, des recherches sont entreprises pour le retrouver au sein de l'unité de soins, du CHU et de ses abords immédiats.

Si les recherches sont restées vaines et s'il s'agit d'une personne mineure, d'une personne majeure hospitalisée sans son consentement ou d'une manière générale, si la situation l'exige (patient en danger ou

présentant un danger pour l'ordre public ou la sécurité des personnes), le Directeur Général du CHU ou son représentant dûment habilité doit prévenir le commissariat de police. Il doit également informer sans délai la famille ou le représentant légal du patient.

Dans tous les cas, un courrier est adressé au patient à son domicile (ou à son représentant légal) afin de l'informer des dangers résultant de sa sortie. Une lettre indiquant son état de santé, les soins proposés et les risques encourus est également adressée à son médecin traitant. Une copie de ces lettres est conservée dans le dossier médical du patient.

La sortie du patient est prononcée le jour où il a quitté le CHU de Toulouse, à minuit.

*Pour les fugues de patients en soins psychiatriques (libres et sans consentement) et des détenus, se reporter aux dispositions spécifiques du RI dans l'article correspondant.*

## Article 131 : La sortie des nouveau-nés

L'enfant quitte le CHU de Toulouse en même temps que sa mère, sauf en cas de nécessité médicale, notamment pour les enfants prématurés, ou en cas de force majeure. Ces cas sont constatés par le médecin responsable de la structure médicale concernée.

Le CHU de Toulouse est également partenaire du Réseau de Santé de périnatalité Occitanie (RPO), réseau comprenant des professionnels médicaux et paramédicaux sur 2 sites (Toulouse et Montpellier), et qui vise à suivre les enfants vulnérables, grands prématurés ou enfants nés à terme et ayant présenté des troubles à la naissance. Ce réseau permet d'accompagner au mieux le suivi des femmes et enceintes et la prise en charge et la sortie des nouveaux-nés, en cas de besoin.

La description des actions du RPO est disponible via le lien suivant : <https://www.perinatalite-occitanie.fr/le-reseau-de-perinatalite-occitanie-rpo>

ARTICLE R. 1112-65 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 132 : La sortie par mesure disciplinaire

La sortie d'un patient dûment averti peut, hors les cas où son état de santé l'interdirait, être prononcée par le Directeur Général ou son représentant, après avis médical, par mesure disciplinaire fondée sur le constat de désordres persistants dont il est la cause ou, plus généralement, d'un manquement grave aux dispositions du présent règlement intérieur.

Pour les mêmes motifs et suivant les mêmes procédures, le directeur peut également organiser le transfert des patients dans une autre structure médicale. Dans ces circonstances, une proposition alternative de soins est au préalable faite au patient, afin d'assurer la continuité des soins.

ARTICLE R. 1112-65 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Chapitre 12 : Dispositions particulières relatives aux Unités de Soins de Longue Durée (USLD)

L'ensemble des dispositions relatives aux patients sont également applicables aux patients admis dans les unités de soins de longue durée mais les besoins particuliers de ces patients rendent nécessaire de préciser ou d'adapter certaines des dispositions relatives à leur séjour.

## Article 133 : Libre choix de la personne

La personne en perte d'autonomie garde la liberté de choisir son mode de vie et l'établissement dans lequel elle séjourne. L'admission doit être préparée en liaison avec l'intéressé et sa famille et recevoir son accord.

Préalablement à son admission, le patient doit être, ainsi que sa famille ou la personne de confiance, pleinement éclairé sur les modes de fonctionnement de l'établissement et l'organisation des soins et notamment sur:

- Les conditions de séjour, s'agissant du confort hôtelier, de la prise en charge des soins et de la dépendance;
- Les montants des frais relatifs au séjour, aux soins, à la dépendance et à l'hébergement, ainsi que les modalités de leur prise en charge par les organismes de protection sociale et les collectivités départementale.

## Article 134 : Modalités de l'admission et d'accueil du patient en USLD

Le CHU de Toulouse remet à chaque personne prise en charge ou à son représentant légal, lors de son admission, un livret d'accueil auquel est annexée la charte de la personne hospitalisée ainsi que la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante et un contrat de séjour.

Le contrat de séjour a pour objet de déterminer les objectifs, la nature de la prise en charge du résident et de fixer les prestations offertes ainsi que leurs coûts.

L'accueil du patient est organisé de telle façon que son installation s'effectue dans de bonnes conditions. Le CHU de Toulouse veille à ce que le patient reçoive lors de son séjour toute l'aide qui lui est nécessaire pour tout ce qui touche à sa santé, son confort et sa vie quotidienne.

## Article 135 : Frais de séjour

L'établissement est soumis aux règles du Code de l'action sociale et des familles relatives aux USLD et EHPAD rattachés à un établissement public de santé et à celles de la comptabilité publique hospitalière.

Il est partiellement habilité à recevoir des résidents admis à l'aide sociale pour lesquels les tarifs afférents à l'hébergement sont arrêtés par le Président du Conseil Départemental. Concernant les résidents non admis à l'aide sociale, les tarifs sont arrêtés par le Directeur Général du CHU de Toulouse.

## Article 136 : Tarif hébergement

Il comprend, tel que le prévoit la réglementation:

- Les charges d'exploitation à caractère hôtelier et d'administration générale;

- Concurremment avec les produits relatifs à la dépendance, les fournitures hôtelières, les produits d'entretien, les prestations de blanchissage et de nettoyage à l'extérieur;
- Les charges relatives à l'emploi de personnel assurant l'accueil, l'animation de la vie sociale, l'entretien, la restauration et l'administration générale;
- Les charges relatives à l'emploi de personnels affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas, concurremment avec les produits relatifs à la dépendance;
- Les amortissements des biens meubles et immeubles autres que le matériel médical;
- Les dotations aux provisions, les charges financières et exceptionnelles.

Il ne comprend pas les frais de coiffure, d'esthétique et de pédicurie qui restent à la charge du résident.

Le tarif hébergement est acquitté par le résident ou sa famille, mais peut être pris en charge, le cas échéant, par l'aide sociale départementale.

En cas de non-paiement par le résident ou sa famille du tarif hébergement, le CHU se réserve le droit de mettre en œuvre l'obligation alimentaire.

## Article 137 : Tarifs dépendance

Ils comprennent, tel que le prévoit la réglementation, les charges induites par le niveau de dépendance du résident:

- Les fournitures pour l'incontinence;
- Concurremment avec les produits relatifs à l'hébergement, les fournitures hôtelières, les produits d'entretien, les prestations de blanchissage et de nettoyage à l'extérieur;
- Les charges relatives à l'emploi de personnels affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas, concurremment avec les produits relatifs à l'hébergement;
- Concurremment avec les produits relatifs aux soins, les charges de personnels afférentes aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques ainsi qu'aux accompagnateurs éducatifs et sociaux;
- Les charges nettes relatives à l'emploi de psychologues;
- Les amortissements et dépréciations du matériel et du mobilier, permettant la prise en charge de la dépendance et la prévention de son aggravation.

Trois tarifs sont arrêtés annuellement par le Président du Conseil Départemental de la Haute-Garonne par niveau de dépendance: GIR 1-2, GIR 3-4, GIR 5-6. Le niveau de dépendance est évalué par le médecin de l'unité, pour chaque résident, après son entrée, puis une fois par an. Ce classement déterminera le tarif qui lui sera appliqué et sera à sa charge.

Pour les personnes de plus de 60 ans, classées dans un niveau de dépendance de 1 à 4, l'allocation personnalisée d'autonomie peut être demandée auprès du Président du Conseil Départemental du département de situation de son domicile avant son entrée. Si l'APA est accordée, le résident ou son représentant s'engage à ce qu'elle soit versée directement à l'établissement.

## Article 138 : Dotation Soins

Elle couvre toutes les charges relatives aux soins médicaux et paramédicaux apportés au résident dans les unités :

- Médicaments et fournitures médicales;
- Charges de rémunérations des médecins, des infirmiers et d'une partie des personnels aides-soignants;
- Matériels équipements nécessaires aux soins.

Ces dépenses sont couvertes par une dotation versée par l'assurance maladie directement à l'établissement.

## Article 139 : Informations des personnes sur les conditions financières d'hébergement

Les patients et/ ou leurs familles et/ou la personne de confiance doivent être informés préalablement à l'admission des conditions financières d'hébergement. Cette information doit contenir:

- Les conditions financières de prise en charge;
- Les délais autorisés et les conditions de facturation en cas d'absence du patient (en cas d'hospitalisation ou pour convenance personnelle);
- Les modalités d'obtention de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA);
- Les clauses de résiliation du contrat de séjour.

## Article 140 : Projet de Soins et Projet de Vie

La dignité, l'intimité et la vie privée du patient doivent être strictement respectées.

L'établissement met en œuvre un projet de soins et un projet de vie destinés à favoriser la prise en compte de l'état global du patient. L'élaboration du projet de soins organise le fonctionnement en équipe prenant en compte les besoins individuels du patient et, notamment la prise en charge de la dépendance. Ce projet doit rechercher le maintien ou l'amélioration du niveau d'autonomie durant l'hospitalisation, et favoriser les liens du patient avec ses proches et son environnement.

Le respect de la vie personnelle des patients et de leur vie sociale au sein de l'hôpital est un élément essentiel dans leur prise en charge. Toutes les initiatives tenant à l'animation et à l'amélioration du cadre de vie doivent être favorisées, qu'elles émanent des patients, des familles, des personnels ou de personnes bénévoles extérieures à l'hôpital. Il en va de même pour les propositions tendant à faciliter l'exercice de leur liberté d'aller et venir. Ces initiatives sont coordonnées par l'établissement et s'articulent avec le projet de soins.

## Article 141 : Relations avec les familles

La coopération des familles à la qualité de la vie au sein de l'établissement doit être encouragée et facilitée. Chaque fois que les conditions le permettent, les proches peuvent être invités par l'équipe soignante à participer activement au soutien du patient : présence la nuit (après une intervention chirurgicale ou en fin de vie), présence pendant les repas, permission de sortie.

## Article 142 : Domicile du patient en USLD

La chambre des patients est considérée comme leur domicile. Les patients sont tenus de souscrire une Police d'assurance garantissant leur responsabilité civile. Une copie du contrat est remise à l'établissement. Le résident peut apporter des petits éléments de mobilier dans les limites de l'espace restant à sa disposition dans la chambre et des nécessités de service.

*Voir annexe 12 : Règlement intérieur de l'Unité de Soins de Longue Durée (USLD)*

## Chapitre 13 : Dispositions relatives aux naissances

### Article 143 : Déclaration de naissance

Les naissances ayant lieu au sein du CHU de Toulouse sont déclarées par le père, la mère ou à défaut par un agent du CHU chargé de l'état civil. Cette déclaration est effectuée, conformément aux dispositions du Code civil, dans les cinq jours suivant l'accouchement.

Un document déclaratif est établi à cet effet par le Directeur Général ou son représentant, sur les indications données par la mère du nouveau-né. Un exemplaire de ce document est porté par un agent du CHU à la mairie (de l'arrondissement ou de la commune où a eu lieu la naissance). Un second exemplaire de ce document est inclus dans le registre alphabétique d'inscription des naissances tenu par le CHU de Toulouse.

ARTICLES 55 A 59 du CODE CIVIL

### Article 144 : Déclaration spécifique relative aux enfants décédés durant la période prénatale

Si l'enfant est né vivant et viable, mais qu'il est décédé avant l'établissement d'une déclaration de naissance, le médecin responsable doit établir un certificat médical attestant que l'enfant est né vivant et viable et qu'il est décédé, en indiquant dates et heures de la naissance et du décès.

L'officier d'état civil établira, au vu de ce certificat, un acte de naissance et un acte de décès. Cette procédure concerne tout enfant né vivant et viable, même s'il n'a vécu que quelques instants et quelle qu'ait été la durée de la gestation.

S'agissant des enfants nés vivants mais non viables, l'officier de l'état civil établit un acte d'enfant sans vie dont la délivrance est conditionnée à la production d'un certificat médical attestant l'accouchement de la mère. Ne sont pas concernées les interruptions spontanées précoces de grossesse et les interruptions volontaires de grossesse. La déclaration d'enfant sans vie est établie conformément aux dispositions du Code civil. Cette déclaration est enregistrée sur le registre des décès du CHU de Toulouse.

ARTICLE R. 1112-72 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE ;  
ARTICLE 79-1 DU CODE CIVIL

## Chapitre 14 : Dispositions relatives aux décès

ARTICLES R. 1112-68 à R. 1112-76-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ARTICLES R. 2213-2 A R. 2213-43 DU CODE GENERAL DES COLLECTIVITES TERRITORIALES

### Article 145 : Attitude à suivre à l'approche du décès

Lorsque l'état du patient s'est aggravé et que le décès paraît imminent, la famille ou les proches du patient doivent être prévenus sans délai par un agent du CHU de Toulouse dûment habilité et par tous les moyens appropriés de l'aggravation de son état.

Le patient peut être transporté à son domicile si lui-même ou sa famille en expriment le désir. Lorsque le retour au domicile n'a pas été demandé, il est transporté, dans la mesure du possible et avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle de l'unité de soins. La famille ou les proches peuvent demeurer auprès de lui et l'assister dans ses derniers instants. Ils peuvent prendre leurs repas au sein du CHU et y demeurer en dehors des heures de visite. La mise à disposition par le CHU d'un lit d'accompagnant ne donne pas lieu à facturation. En revanche, les repas fournis par le groupe hospitalo-universitaire sont à la charge des personnes qui en bénéficient.

## Article 146 : Annonce du décès

Les décès sont constatés, conformément aux dispositions du Code civil, par un médecin du CHU de Toulouse. Cette constatation effectuée, la famille ou les proches du patient sont prévenus du décès, dès que possible et par tous les moyens (*en tenant compte notamment de la personne à prévenir inscrit dans le dossier du patient, le cas échéant, ou de la personne de confiance*).

### La notification du décès est faite :

- pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche ;
- pour les militaires, à l'autorité militaire compétente ;
- pour les mineurs relevant d'un service départemental d'aide sociale à l'enfance, au président du conseil départemental ;
- pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, au directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne chez laquelle le mineur a son domicile habituel ;
- pour les personnes placées sous sauvegarde de justice, à la famille et au mandataire spécial ;
- pour les personnes placées sous tutelle ou curatelle, au tuteur ou au curateur ;
- pour les personnes non identifiées, aux services de police.

## Article 147 : Formalités entourant le décès

### Dès que le décès est constaté, le personnel infirmier du service :

- procède à la toilette du patient décédé avec toutes les précautions convenables, selon mode opératoire spécifique du RI de la chambre mortuaire du CHU de Toulouse ;
- dresse l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs, etc., que possédait le patient, selon les modalités prévues à l'article du RI « Objets Déposés et abandonnés par le Défunt » ;
- rédige un bulletin d'identité du corps ;
- appose sur le corps un bracelet d'identification.

### Le décès doit être constaté par un médecin qui doit remplir :

- une fiche d'identification destinée à la direction du CHU de Toulouse et comportant la date et l'heure du décès, la signature et la qualité du signataire ainsi que la mention « Le décès paraît réel et constant » ;
- un certificat de décès dans les formes réglementaires, qui doit être transmis à la mairie dans les 24 heures – en privilégiant nécessairement la transmission du certificat par voie dématérialisée (électronique).

### L'agent du bureau de l'état civil du CHU de Toulouse doit annoter pour sa part :

- le registre des décès du CHU de Toulouse ;
- le registre de suivi des corps ;

- à la mairie du lieu du décès, le registre d'enregistrement des décès de la commune (à noter qu'il est possible que l'enregistrement se fasse informatiquement, avec la procédure de transmission du certificat de décès par voie dématérialisée).

Si le patient décédé était porteur d'une prothèse renfermant des radioéléments, un médecin doit également s'assurer au préalable de son retrait.

## Article 148 : Indices de mort violente ou suspecte

En cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un patient hospitalisé, le Directeur Général du CHU ou son représentant, prévenu par le médecin responsable de la structure médicale concernée, doit aviser immédiatement l'autorité judiciaire.

ARTICLE R. 1112-73 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 149 : Dépôts des corps à la chambre mortuaire

Après réalisation de l'inventaire des biens, le corps est déposé, avant tout transfert, à la chambre mortuaire.

De là, il ne peut être transféré hors du CHU de Toulouse que dans les conditions prévues aux articles du RI relatifs au transport du corps des défunts, et avec les autorisations prévues par la loi. Quand les circonstances le permettent, la famille peut demeurer auprès du défunt avant que le corps ne soit déposé dans la chambre mortuaire. Dans toute la mesure du possible, cet accès est organisé dans un lieu spécialement préparé à cet effet et conforme aux exigences de discrétion et de recueillement.

Lorsque la présentation a lieu après le transfert dans la chambre mortuaire, elle doit également se dérouler dans une salle spécialement aménagée à cet effet et répondant aux mêmes exigences.

Avant toute présentation, les agents du CHU et tout particulièrement les agents responsables de la chambre mortuaire prennent en compte, dans toute la mesure du possible, après s'en être enquis auprès des familles, les souhaits que leurs membres expriment s'agissant des pratiques religieuses désirées pour la présentation du corps ou la mise en bière.

Le dépôt et le séjour à la chambre mortuaire du CHU du corps d'une personne qui y est décédée sont, **au-delà des 3 premiers jours, facturable par le CHU de Toulouse.**

La chambre mortuaire est régie par un règlement intérieur spécifique qui est affiché dans ses locaux, à la vue du public.

*Voir annexe 13 : Règlement intérieur des chambres mortuaires*

ARTICLE R. 2223-89 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 150 : Transport sans mise en bière en chambre funéraire

Le transport du corps et l'admission dans une chambre funéraire doivent intervenir **dans un délai de 48 heures à compter du décès.** Une déclaration écrite préalable doit être effectuée, par tout moyen, auprès du maire du lieu de dépôt du corps.

Cette déclaration indique la date et l'heure présumée de l'opération, le nom l'adresse de l'opérateur dûment habilité qui procède à celle-ci, ainsi que le lieu de départ et d'arrivée du corps.

En outre, le transport et l'admission ne peuvent être effectués que sur production d'un extrait du certificat de décès attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le patient décédé n'était pas atteint de l'une des infections transmissibles prévues par arrêté du ministre de la santé, et après accomplissement préalable des formalités relatives aux déclarations de décès.

## Article 151 : Transport sans mise en bière au domicile du défunt ou d'un proche de la famille

Le transport est subordonné à une déclaration écrite préalable effectuée, par tout moyen, auprès du maire du lieu de dépôt du corps.

Cette déclaration doit indiquer la date et l'heure présumée de l'opération de transport, le nom, l'adresse de l'opérateur dûment habilité qui procède à celle-ci, ainsi que le lieu de départ et d'arrivée du corps.

### **Ce transport doit intervenir dans un délai de 48 heures à compter du décès :**

- à la demande écrite de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil ainsi que de son domicile ;
- à la mention sur le certificat de décès que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le défunt n'était pas atteint par l'une des infections transmissibles prévues par arrêté du ministre de la santé ;
- à l'accord écrit du médecin responsable de la structure médicale où a eu lieu le décès, ou, à défaut, d'un médecin du CHU de Toulouse ;
- à l'accord écrit du Directeur Général du CHU ou de son représentant ;
- à l'accomplissement préalable des formalités légales relatives à la déclaration de décès.

### **Le médecin responsable de la structure médicale en charge du patient peut s'opposer à ce transport s'il estime que :**

- le décès soulève un problème médico-légal ;
- l'état du corps ne permet pas un tel transport ;
- le défunt était atteint de l'une des maladies contagieuses requérant des mesures sanitaires particulières et visées par arrêté ministériel.

Le médecin doit dans ce cas avertir sans délai et par écrit la famille et le directeur du CHU de son opposition. Sauf dérogation dûment justifiée, le départ du corps a lieu aux heures d'ouverture de la chambre mortuaire du CHU de Toulouse.

## Article 152 : Mise en bière et transport après mise en bière

Avant son transport pour inhumation ou crémation, le corps du patient décédé est mis en bière. Après accomplissement auprès de la commune des formalités prévues par le Code civil concernant la déclaration de décès, l'autorisation de fermeture du cercueil et l'obtention du permis d'inhumer, il est procédé à la fermeture définitive du cercueil. Le transport du corps après mise en bière doit avoir été autorisé par l'autorité administrative compétente

## Article 153 : Opérations funéraires

Les corps reconnus par les familles leur sont rendus et celles-ci règlent les frais de convoi et d'obsèques en s'adressant à l'opérateur funéraire de leur choix assurant ce service.

Le CHU de Toulouse tient à la disposition des familles la liste des régies, entreprises, associations et de leurs établissements habilités à fournir les prestations du service des pompes funèbres. La liste des chambres

funéraires habilitées est affichée dans les locaux de la chambre mortuaire, à la vue du public. Ces listes sont communiquées à toute personne qui en fait la demande.

**Lorsque, dans un délai de 10 jours au maximum, le corps n'a pas été réclamé par la famille ou par les proches, le CHU fait procéder à l'inhumation** dans les conditions compatibles avec l'avoir laissé par le défunt. Si celui-ci n'a rien laissé, le CHU applique les dispositions concernant les indigents. S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation est effectuée en accord avec l'autorité militaire compétente.

Le règlement intérieur de la chambre mortuaire précise les modalités de l'accès des familles et des personnels des régies, entreprises et associations et de leurs établissements habilités.

## Article 154 : Opérations funéraires pour les enfants décédés dans la période périnatale

Pour les enfants nés vivants et viables et ayant donné lieu à un acte de naissance et à un acte de décès, l'inhumation ou la crémation du corps s'effectue à la charge de la famille selon les prescriptions fixées par la législation funéraire. La commune est tenue de prendre en charge les frais d'obsèques des personnes dépourvues des ressources suffisantes. Elle peut le cas échéant aider financièrement les familles en difficulté. Pour les enfants déclarés sans vie, la famille peut faire procéder, à sa charge, à l'inhumation ou à la crémation du corps. La mère ou le père dispose, à compter de l'accouchement, d'un délai de 10 jours pour réclamer le corps de l'enfant. Dans ce cas, le corps de l'enfant est remis sans délai à la mère ou au père. En cas de non-réclamation du corps dans le délai de 10 jours, l'établissement dispose de deux jours francs pour prendre les mesures en vue de procéder, à sa charge, à la crémation du corps de l'enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil ou, lorsqu'une convention avec la commune le prévoit, en vue de son inhumation par celle-ci.

Lorsque des prélèvements sont réalisés sur le corps d'un enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil, les délais de 10 jours et de deux jours visés aux alinéas précédents sont prorogés de la durée nécessaire à la réalisation de ces prélèvements sans qu'ils puissent excéder quatre semaines à compter de l'accouchement. En cas d'absence d'acte dressé par l'officier d'état civil et sauf si, sur la demande de la famille, une commune accepte d'accueillir le corps dans son cimetière, le corps fait l'objet d'une crémation à la charge du CHU de Toulouse.

Quelle que soit la décision prise par la famille en matière de prise en charge du corps, le personnel hospitalier doit veiller à proposer, sans l'imposer, un accompagnement facilitant le travail de deuil. Dans tous les cas, le CHU est tenu d'informer la famille sur les différentes possibilités de prise en charge du corps.

## Article 155 : Don du Corps

Le don du corps ne peut être accepté que si la personne décédée en a fait la déclaration écrite, datée et signée de sa main. Pour être valable, ce document doit avoir été signé et daté par le défunt.

Dans tous les cas, la carte de donateur ou l'exemplaire de la déclaration est remis à l'officier de l'état civil après constatation du décès. Le délai du transport du corps vers l'établissement d'hospitalisation, d'enseignement ou de recherche concerné, ne doit pas excéder 48 heures entre le décès et l'arrivée du corps à l'établissement de destination. Pour être valable, un éventuel document d'annulation du don doit avoir été rédigé, signé et daté, postérieurement au don, par la personne décédée.

Les frais de transport du corps, du CHU vers l'établissement d'enseignement, est à la charge de ce dernier. Il assure également, à ses frais, l'inhumation ou la crémation du corps.

L'établissement d'enseignement peut toujours refuser le don d'un corps s'il n'en a pas l'utilisation. Il revient alors à la famille de prendre en charge les funérailles. Celle-ci en est informée par les agents de la chambre mortuaire du CHU.

Un corps ayant fait l'objet d'une procédure médico-judiciaire ne peut faire l'objet d'un don à la science.

ARTICLES L. 1261-1 ET R. 1261-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 156 : Objets abandonnés ou déposés par le défunt

L'inventaire de tous les objets que possédait le défunt est dressé par deux personnes dont un cadre infirmier ou un infirmier. Il est inscrit sur un registre spécial, paginé, tenu dans chaque unité de soins. Les objets sont remis au comptable qui les remettra, le cas échéant, aux héritiers du défunt. Aucun de ces objets ne peut être remis directement à ces derniers par le personnel du service.

Lorsque les personnes décédées au sein du CHU de Toulouse y ont été traitées gratuitement, les effets mobiliers qu'elles ont apportés appartiennent de droit au CHU. Lorsque des mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au patient décédé sont incinérés. Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants droit, qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur des-dits objets et effets.

Les objets non réclamés sont remis, un an après le décès de leur détenteur, à la Caisse des dépôts et consignations s'il s'agit de sommes d'argent, de titres et de valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, au service des Domaines afin qu'ils soient mis en vente. Le service des Domaines peut, dans les conditions fixées par voie réglementaire, refuser la remise des objets dont la valeur est inférieure aux frais de vente prévisibles. Dans ce cas, les objets deviennent la propriété du CHU de Toulouse.

Toutefois, les actes sous seing privé qui constatent des créances ou des dettes sont conservés par le CHU, en qualité de dépositaire, pendant une durée de cinq ans après le décès des intéressés. À l'issue de cette période, les actes peuvent être détruits. Le montant de la vente ainsi que les sommes d'argent, les titres et les valeurs mobilières et leurs produits sont acquis de plein droit au Trésor public, cinq ans après la cession par le service des Domaines ou la remise à la Caisse des dépôts et consignations, s'il n'y a pas eu, dans l'intervalle, réclamation de la part des héritiers du patient décédé ou de ses créanciers. Ces dispositions sont portées à la connaissance des héritiers, s'ils sont identifiés, six mois au moins avant la remise des objets détenus par le CHU de Toulouse au service des Domaines ou à la Caisse des dépôts et consignations.

## Article 157 : Libre choix des opérateurs funéraires

Les démarches et offres de service effectuées en prévision d'obsèques en vue d'obtenir ou de faire obtenir, soit directement, soit à titre d'intermédiaire, la commande de fournitures ou de prestations liées à un décès sont strictement interdites au sein du CHU de Toulouse.

Il est également strictement interdit aux agents du CHU, qui, à l'occasion de l'exercice de leur service, ont connaissance d'un décès, de solliciter ou d'agréer, directement ou indirectement, des offres, des promesses, des dons, des présents et avantages, de quelque nature qu'ils soient, pour faire connaître le décès aux entreprises et associations assurant le service des pompes funèbres ou pour recommander aux familles les services d'une de ces entreprises ou associations

## Article 158 : Liberté des funérailles, dispositions testamentaires

Le droit pour chacun d'organiser librement ses funérailles et de choisir son mode de sépulture est une liberté individuelle fondamentale.

Les patients peuvent donc prendre toutes les dispositions qu'ils jugent nécessaires pour prévoir, de leur vivant, les conditions de leurs funérailles, soit en consignant leurs volontés dans un testament, soit en souscrivant un contrat d'obsèques. Leur volonté doit être strictement respectée. Les patients peuvent demander au notaire de leur choix de venir recueillir à leur chevet leurs dernières volontés. Dans ce cas, toutes les dispositions sont prises au sein du CHU de Toulouse afin de faciliter l'accomplissement des formalités. Au besoin, le personnel de l'unité de soins peut servir de témoin à l'expression et au recueil de leurs volontés.

Les patients peuvent, s'ils le souhaitent, faire des dons ou léguer tout ou partie de leurs biens au CHU de Toulouse, au profit d'une structure médicale de leur choix ou à l'Institut Saint-Jacques, fonds de mécénat du CHU. Ces libéralités peuvent être assorties, le cas échéant, de conditions à la charge du légataire. Qu'il s'agisse du CHU et des structures médicales bénéficiaires, de l'Institut Saint-Jacques ou de toute autre condition émise par les patients, le CHU de Toulouse respectera scrupuleusement leurs volontés.

Sous réserve des dispositions de l'article 909 du Code civil, les administrateurs, médecins et agents du CHU de Toulouse ne peuvent profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires faites en leur faveur par des personnes âgées hébergées au sein du CHU. Il en est de même pour les médecins et les pharmaciens qui auront traité une personne pendant la maladie dont elle est décédée pour les libéralités faites en leur faveur au cours de cette maladie. En l'absence de volonté laissée par le patient avant son décès et en cas de désaccord au sein des membres de la famille du défunt, ces derniers peuvent saisir le tribunal d'instance, compétent pour les contestations sur les conditions des funérailles.

## Chapitre 15 : Les droits du patient

ARTICLES L. 1110-1 à L.1115-2 & R. 1110-1 à D. 1114-42 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

## Article 159 : Laïcité et libre exercice du culte

Le CHU de Toulouse garantit le respect des croyances et convictions des personnes accueillies, et met à leur disposition des moyens pour assurer librement l'exercice de leur culte (recueillement, présence d'un ministre du culte, nourriture, rites funéraires...). Les ministres des cultes des différentes confessions peuvent rendre visite aux hospitalisés qui en ont exprimé le désir auprès des cadres de santé des services de soins. Toutefois, l'expression des convictions religieuses ne doit porter atteinte, ni au fonctionnement du service, ni à la qualité des soins, ni aux règles d'hygiène, ni à la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches. Le principe de la liberté religieuse doit être concilié avec le principe de laïcité qui a cours à l'hôpital et ne doit pas faire obstacle à la bonne organisation du service.

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

La distribution de tout document à caractère politique, religieux ou associatif, à des fins de propagande ou de prosélytisme, est interdite dans l'ensemble des locaux du CHU de Toulouse.

Les signes d'appartenance religieuse quelle qu'en soit la nature ne sont pas acceptés au sein de l'hôpital, qu'ils soient arborés individuellement ou collectivement par les patients, leurs familles, les visiteurs ou les personnels, dès lors que ces signes constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou qu'ils perturbent le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public.

De plus, il est interdit de dissimuler son visage dans l'enceinte de l'établissement conformément à la loi n°2010-1192 du 11 octobre 2010. L'enceinte de l'établissement englobe les bâtiments, les parkings, les circulations jusqu'à limite de propriété. Le service d'accueil pourra être en mesure d'intervenir et de demander aux personnes concernées de se contraindre au règlement intérieur et aux lois en vigueur sur le territoire français.

*Voir annexe 14 : Charte de la laïcité dans les services publics – avril 2007*

## Article 160 : La Charte du Patient Hospitalisé

Le CHU de Toulouse respecte les principes issus de la circulaire DHOS du 02 mars 2006, relative aux droits des personnes hospitalisées. Les principes inscrits dans cette charte du patient hospitalisé sont les suivants:

- Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge;
- Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins;
- L'information donnée au patient doit être accessible et loyale;
- Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient;
- Un consentement adapté est prévu pour certains actes;
- Une recherche biomédicale ne peut être réalisée sans que la personne ait donné son consentement après avoir été spécifiquement informée sur les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles;
- La personne hospitalisée peut à tout moment quitter l'établissement (sous réserve des dispositions particulières à certains patients) ;
- La personne hospitalisée est traitée avec égards;
- Le respect de la vie privée est garanti à toute personne;
- La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant;
- Toute personne hospitalisée exprime ses observations sur les soins et sur l'accueil.

*Voir annexe 15 : Charte du patient hospitalisé*

## Article 161 : Le droit à l'information du patient

### **Information générale du patient par le livret d'accueil :**

Conformément à l'article L. 1112-2 du Code de la santé publique, toute personne admise dans une unité clinique ou médico-technique reçoit le livret d'accueil de la personne hospitalisée comprenant tous les renseignements utiles sur les conditions de son séjour et l'organisation générale du CHU de Toulouse.

La charte du patient hospitalisé est annexée au livret d'accueil. Ce livret mentionne l'existence du présent règlement intérieur et ses modalités de consultation.

### **Information sur l'identité des professionnels de santé :**

Les personnes hospitalisées ou consultant doivent être informées par tous les moyens adéquats du nom des médecins et autres professionnels appelés à leur donner des soins. Les professionnels sont identifiables grâce aux badges situés sur leur blouse.

#### **Information médicale :**

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prises en charge.

Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. L'information des usagers incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

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

ARTICLES L.1111-2 et suivants et R. 1112-1 et suivants DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 162 : Information de la famille et des proches

Dans chaque service, les médecins reçoivent les familles des hospitalisés, soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des malades et de leurs familles. En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct au patient, sauf opposition de ce dernier. Lorsqu'un patient est transféré dans une autre unité de l'établissement, il appartient à l'unité à l'origine du transfert d'en informer la famille.

## Article 163 : Transmission d'information entre professionnels de santé

Le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé, accompagne sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient dont il dispose sur son lieu d'intervention. Cette lettre comprend notamment les motifs de la demande d'hospitalisation, les traitements en cours et les allergies connus. Elle est adressée par messagerie sécurisée, ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations. Elle est versée dans le dossier médical du patient, ou lui est remise.

A la fin du séjour, une lettre de liaison comprenant les éléments nécessaires à la continuité des soins du patient est remise au médecin traitant, ou, le cas échéant, au médecin qui a adressé le patient. Cette même lettre de liaison est également adressée au patient.

Cette lettre de liaison comprend l'identification du patient, du médecin traitant ou du praticien adresseur ainsi que l'identification du médecin de l'établissement de santé, le motif d'hospitalisation, la synthèse médicale du séjour, les traitements prescrits à la sortie et ceux arrêtés pendant le séjour, l'annonce ou l'attente des résultats d'examen et les suites à donner y compris d'ordre médico-social.

## Article 164 : Le dossier médical du patient

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé, conformément aux dispositions de l'article R. 1112-2 du Code de la santé publique.

Ce dossier contient au moins :

- les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier ;
- les informations formalisées établies à la fin du séjour ;
- les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.

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

### **Le dossier médical patient informatisé (DPI)**

Le dossier médical du patient est informatisé au travers du Dossier Patient Informatisé et des dossiers de spécialités. La structuration de ces éléments et leurs enrichissements doivent être de même nature et répondre à la même exhaustivité que le dossier médical papier du patient. Des systèmes de numérisations des pièces physiques viennent compléter la capacité d'enrichissement du dossier numérique.

Dans tous les cas, le directeur veille à ce que toutes dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des dossiers conservés au sein du CHU de Toulouse. Il veille également à ce que toutes les mesures soient prises pour assurer la communication du dossier médical du patient conformément aux règles prévues par les dispositions juridiques en vigueur.

### **L'accès au dossier patient :**

Par principe, ont accès au dossier patient, le patient (ou son tuteur s'il est sous tutelle), ou son médecin traitant s'il l'a désigné comme intermédiaire. Les professionnels de santé peuvent également avoir accès au dossier d'un patient s'ils justifient de la prise en charge de celui-ci, et que le partage d'information est rendu nécessaire à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou au suivi médico-social et social de ce patient.

### **En dérogation de ces dispositions générales, ont des droits étendus au dossier patient :**

- les professionnels de santé relevant d'équipes transversales telles que les urgences, les anesthésistes et les plateaux techniques (imagerie, blocs opératoires, explorations fonctionnelles) ont accès à l'ensemble des dossiers des patients présents, en cours de prise en charge au CHU ;

- dans le cadre des gardes médicales, les personnels médicaux peuvent également utiliser un mode d'accès spécifique au dossier patient informatisé du CHU appelé « mode service de garde » permettant d'étendre leurs droits au-delà de leur unité d'affectation. Cet accès est tracé spécifiquement et nécessite une justification lors de la connexion.

## Article 165 : La communication du dossier médical

Les patients ont accès à l'ensemble des informations concernant leur santé détenues, à quelque titre que ce soit, par le CHU de Toulouse et les professionnels qui y exercent. Sont concernées les informations qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment :

- les résultats d'examens ;
- les comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation ;
- les protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre ;
- les feuilles de surveillance ;
- les correspondances entre professionnels de santé.

Ne sont pas communicables les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers. Les patients peuvent accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire du médecin qu'ils désignent.

La communication a lieu au plus tard dans les huit jours suivant la demande et au plus tôt après un délai de réflexion de 48 heures. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou pour les patients atteints de troubles mentaux, lorsque la commission départementale des soins psychiatriques est saisie. Le médecin qui a établi ces informations ou qui en est dépositaire peut recommander la présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

À titre exceptionnel, dans le cadre de soins psychiatriques sous contrainte d'un patient atteint de troubles mentaux (admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ou sur décision du représentant de l'État) et en cas de risques d'une gravité particulière, la consultation des informations peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur. En cas de refus de ce dernier, la commission départementale des soins psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

Le droit d'accès au dossier du mineur, sous réserve de l'opposition prévue par les mineurs (et détaillé dans l'article du RI relatif aux mineurs), est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. À la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

En cas de décès du patient, les informations le concernant peuvent être délivrées à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour :

- connaître les causes de la mort ;
- défendre la mémoire du défunt ;
- ou faire valoir leurs droits.

Seules peuvent être transmises aux ayants droit, concubin ou partenaire de PACS, les informations répondant à l'objectif poursuivi.

La communication du dossier est assurée par le SADP (Service d'Accès au Dossier Patient). Elle a lieu :

- soit par consultation gratuite sur place ;
- soit par l'envoi par le CHU de la reproduction des pièces du dossier, aux frais de la personne qui sollicite la communication, sans que ces frais puissent excéder le coût de la reproduction et le cas échéant de l'envoi des documents.

#### **Dossier médical partagé (DMP) :**

Par ailleurs et conformément au décret n° 2021-1047 du 4 août 2021 relatif au dossier médical partagé (DMP), le CHU de Toulouse transmet les éléments relevant du séjour du patient dans le DMP inhérent au dispositif national « Mon Espace Santé », ceci conformément aux règles déontologiques et dans les délais qui permettent une information préalable claire et directe au patient (consultation d'annonce...).

Les éléments du Système d'Information de productions de soins du CHU de Toulouse transmis vers le DMP sont validés par la sous-commission mixte du numérique et du dossier patient (CNDP) et la CME de l'établissement.

ARTICLES L.1110-4, L. 1111-7 et R.1111-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 166 : Les clichés d'imagerie médicale

Il est délivré, dans le respect des dispositions du RI relatives à la communication du dossier médical, aux patients qui en font la demande des reproductions des clichés d'imagerie médicale essentiels figurant dans leur dossier médical. Les reproductions de clichés font l'objet d'une facturation intégrée dans les frais de la reproduction des pièces du dossier transmises au patient par le SADP.

En cas de nécessité, les clichés originaux peuvent être transmis en communication au médecin traitant, sur demande adressée directement par celui-ci à son confrère hospitalier. Les clichés d'imagerie médicale effectués en consultation externe sont remis soit au patient, soit au médecin traitant lorsque le patient en a formulé la demande.

Si les circonstances l'imposent (impossibilité de réaliser rapidement les copies des clichés), des documents originaux peuvent être remis ou adressés au patient. Deux précautions sont alors requises :

- soit la signature par le patient ou l'ayant droit d'un récépissé précisant que celui-ci en devient le seul dépositaire ;
- soit l'accompagnement de l'envoi avec accusé de réception des documents par un courrier daté et signé précisant les documents ainsi adressés.

Le récépissé ou la copie du courrier d'accompagnement doivent être conservés dans le dossier du patient.

Par ailleurs, dans le cadre du projet national « Mon Espace Santé » les éléments relatifs aux clichés d'imagerie et comptes rendus d'imagerie sont susceptible d'être transmis dans l'espace du dossier patient, dans le respect des dispositions juridiques en vigueur et avec validation de la CME.

## Article 167 : Les relations avec les familles et le médecin traitant

### **Relation avec les familles :**

Les médecins reçoivent les familles des patients dans des conditions préservant la confidentialité soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des patients et de leurs familles.

En l'absence d'opposition du patient, les indications d'ordre médical, tels le diagnostic et l'évolution de la maladie, ne peuvent être données aux membres de la famille que par les médecins dans les conditions définies par le Code de déontologie médicale. Les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis par les personnels paramédicaux dans leur champ de compétence.

### **Relation avec le médecin traitant :**

Le CHU de Toulouse est tenu d'informer par lettre le médecin désigné par le patient ou sa famille de la date et de l'heure de son admission ainsi que de l'unité de soins où a eu lieu cette admission. Il doit l'inviter simultanément à prendre contact avec le responsable médical de cette unité de soins, à fournir tous renseignements utiles sur le patient et à faire connaître son souhait d'être informé sur l'évolution de l'état de santé de ce dernier.

En cours d'hospitalisation, le praticien hospitalier en charge du patient communique au médecin désigné qui en fait la demande écrite toutes les informations relatives à l'état du patient. Le médecin traitant peut, après accord du responsable de la structure médicale concernée et du patient ou de ses représentants légaux, assister aux interventions chirurgicales comprises dans son hospitalisation.

ARTICLES R. 1112-6 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 168 : Accueil et prise en charge des patients en situation de handicap

Le CHU de Toulouse s'engage à prendre en charge les patients en situation de handicap, quel que soit le type de handicap, en permettant en accueil facilité : organisation du parcours en amont, aménagement de l'hôpital, reconnaissance de la place de l'aidant.

Le CHU a signé la charte Romain Jacob, relative à l'accès aux soins des personnes en situation de handicap en France.

## Article 169 : La personne de confiance

Les patients majeurs peuvent désigner une personne de confiance. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Le CHU de Toulouse est tenu d'informer le patient de cette possibilité. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement. Cette personne peut être un parent, un proche ou le médecin traitant.

Elle est consultée au cas où le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Elle peut, à la demande du patient, l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

La personne de confiance doit être consultée lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et que le médecin envisage, dans le cadre de la procédure collégiale prévue par la loi, de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la prolongation artificielle de la vie.

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

ARTICLES L. 1111-6 et R. 1112-9 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 170 : Les directives anticipées

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées informent sur les souhaits des personnes relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont modifiables et révocables à tout moment.

Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

La décision de refus d'application des directives anticipées est prise à l'issue d'une procédure collégiale et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.

Un modèle de rédaction est proposé par l'établissement mais le patient peut utiliser d'autres formulaires ou rédiger ses directives anticipées sur papier libre. Les directives anticipées sont intégrées informatiquement au dossier médical du patient. Le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion.

ARTICLES R. 1111-17 et 1111-6 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 171 : Le secret à l'hôpital

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, le secret couvre l'ensemble des informations concernant le patient, venues à la connaissance d'un professionnel de santé du CHU de Toulouse, de tout membre du personnel du CHU ou d'organismes en lien avec ce dernier et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec le CHU ou lesdits organismes.

Par exception à ce principe, le secret peut cependant être partagé dans des conditions précises prévues par les dispositions juridiques en vigueur :

- **Entre professionnels de santé :**

Ainsi, deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent échanger des informations relatives à un même patient, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible, sauf opposition du patient dûment averti. Lorsque le patient est pris en charge par une équipe de soins, les informations le concernant sont réputées confiées par le patient à l'ensemble de l'équipe.

➤ **Avec les proches ou la famille :**

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches du patient ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct au patient, sauf opposition de ce dernier. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

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

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée nécessaires à la prise en charge d'une personne susceptible de faire l'objet d'un examen des caractéristiques génétiques dans les conditions prévues par le Code de la Santé Publique soient délivrées au médecin assurant cette prise en charge, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

Par ailleurs, les patients peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence au sein du CHU de Toulouse ou sur leur état de santé (cette disposition ne fait pas obstacle aux sollicitations des autorités judiciaires sur réquisition).

Pour les patients demandant le bénéfice du secret de l'hospitalisation, un dossier d'admission est constitué normalement. Toutefois, une mention relative à l'admission sous secret est portée sur leur dossier et les services concernés (standard, service de soins, hôtesse d'accueil...) en sont avisés.

Ces dispositions s'appliquent aux mineurs soumis à l'autorité parentale, sous réserve des dispositions spécifiques relatives aux mineurs détaillées dans le RI.

ARTICLE L. 1110-4 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ARTICLE L. 1110-12 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 172 : Le traitement des données à caractère personnel

Les données personnelles confiées au CHU de Toulouse lors des venues des patients en consultation ou hospitalisation sont enregistrées et conservées dans le système d'information du CHU. Le CHU gère également les données personnelles de ses salariés à des fins de gestion administrative de leur activité professionnelle et de leur carrière. Le CHU est le garant de la confidentialité de ces données personnelles.

Les données des patients sont utilisées pour créer et maintenir le dossier médical, gérer administrativement la prise en charge, organiser et piloter les services de soins et le parcours de soins. Elles sont également susceptibles d'être réutilisées pour réaliser des études dans le domaine de la santé, sous réserve du consentement du patient obtenu après information.

Les informations médicales concernant les patients sont conservées dans le système d'information du CHU de Toulouse et partagées avec les professionnels de l'équipe de soins qui les prennent en charge.

Afin d'améliorer la qualité du parcours de soins, le CHU de Toulouse peut également être amené à transmettre ces données à des professionnels exerçant en dehors du CHU mais intervenant dans la prise en charge médicale et notamment au médecin traitant du patient.

Les informations concernant les patients sont susceptibles d'être hébergées informatiquement chez un hébergeur de données agréé à cet effet par le ministre chargé de la santé dans le cadre du décret du 4 janvier 2006. Le dossier médical est conservé, conformément au code de la santé publique, pendant une période de vingt ans à compter de la date de la dernière venue, ou au moins jusqu'au vingt-huitième anniversaire du patient, ou pendant dix ans à compter de la date de décès. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), le patient dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, et d'un droit à définir des directives sur la conservation, l'effacement et la communication de ces données après le décès, en s'adressant par courrier à tout moment au délégué à la protection des données ou au service d'accès au dossier patient du CHU de Toulouse.

## Article 173 : Le Délégué à la protection des données (DPO)

Dans le cadre de l'application du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), le CHU de Toulouse a mis en place un délégué à la protection des données, désigné par le Directeur Général.

Le délégué agit d'une manière indépendante et bénéficie d'une protection suffisante dans l'exercice de ses missions par le CHU de Toulouse. Le délégué à la protection des données est principalement chargé :

- d'informer et de conseiller le responsable de traitement des données informatiques / papiers (et les sous-traitants), ainsi que leurs employés ;
- de contrôler le respect du règlement et du droit national et européen en matière de protection des données ;
- de conseiller le CHU sur la réalisation d'une analyse d'impact relative à la protection des données et d'en vérifier l'exécution, pour chaque traitement de données mis en œuvre;
- de coopérer avec l'autorité de contrôle, la CNIL, et d'être le point de contact de celle-ci.

En cas de difficulté dans l'exercice des droits concernant la collecte, conservation et transmission de leurs données personnelles, les patients peuvent saisir le Délégué à la Protection des Données du CHU de Toulouse à l'adresse suivante : [dpo@chu-toulouse.fr](mailto:dpo@chu-toulouse.fr)

Le patient dispose également du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

**ARTICLE 37, 38 ET 39 DU REGLEMENT GENERAL SUR LA PROTECTION DES DONNEES**

## Article 174 : Information sur les accidents médicaux, iatrogènes et infections nosocomiales

En cas d'accident médical, d'affection iatrogène ou d'infection nosocomiale, le médecin est tenu d'informer la personne qui en est victime ou qui s'en estime victime sur les circonstances ou les causes de ce dommage.

Le cas échéant, cette information est délivrée à ses ayants droit ou à son représentant légal.  
Cette information est délivrée au plus tard dans les 15 jours suivant la découverte du dommage ou sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix.

ARTICLE L. 1142-4 et R. 1142-4-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 175 : Le droit à la qualité des soins, à la prise en charge de la douleur et aux soins palliatifs

### **Droit à des soins de qualité :**

Tout patient a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

### **Prise en charge de la douleur :**

Tout patient a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toutes circonstances prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. Les professionnels de santé du CHU de Toulouse mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.

### **La prévention des infections nosocomiales :**

Le CHU s'engage à mettre en œuvre toutes les mesures nécessaires en termes de gestion du risque infectieux à la fois vis-à-vis du personnel, mais aussi vis-à-vis du patient et des accompagnants, afin de limiter les risques d'infections nosocomiales.

### **Droit aux soins palliatifs :**

Tout patient dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement approprié dans le respect de son libre choix (se reporter à l'article du RI – libre choix du patient).

ARTICLES L. 1110-5 ET SUIVANTS DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

ARTICLE L. 1110-10 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 176 : Consentement aux soins – cadre général

Le patient prend avec les professionnels de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'ils lui fournissent les décisions concernant sa santé. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sur le patient sans son consentement libre et éclairé ni sans celui du titulaire de l'autorité parentale s'il est mineur. Ce consentement peut être retiré à tout moment.

Les prélèvements d'éléments et de produits du corps humain ne peuvent être pratiqués que dans les cas et les conditions prévus par la loi.

Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

## Article 177 : Consentement aux soins des patients en fin de vie

S'agissant d'un patient en fin de vie, lorsque ce dernier est conscient et décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin est tenu de respecter sa volonté après l'avoir informé des conséquences de son choix. La décision du malade est inscrite dans son dossier médical.

À la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie est mise en œuvre dans les cas suivants :

- Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements ;
- Lorsque la décision du patient, atteint d'une affection grave et incurable, d'arrêter un traitement, engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

ARTICLE L. 1111-4 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ARTICLE L. 1110-5-2 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 178 : Consentement aux soins des patients hors d'état d'exprimer leur volonté

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

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale prévue par la loi et les directives anticipées rédigées par le patient ou, à défaut de ces dernières, sans que la personne de confiance ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

Pour être valables, les directives anticipées doivent être écrites, datées et signées par leur auteur majeur, dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance. Elles sont révisables ou révocables à tout moment.

ARTICLE L. 1111-4 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ARTICLE L. 1111-11 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 179 : Consentement aux soins des mineurs

Les actes médicaux sur les mineurs requièrent le consentement des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Les actes les plus usuels peuvent toutefois être effectués avec l'accord d'un seul des titulaires de

l'autorité parentale. Les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale peuvent par anticipation, lors de l'admission d'un mineur, signer une autorisation de soins et de pratiquer les actes qui y sont liés, en raison de leur éloignement futur ou pour toute autre cause à venir.

Dans le cas où les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale sont en mesure de donner une autorisation écrite, à bref délai, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire.

En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention médicale ou chirurgicale, en dehors des cas d'urgence.

Dans le cas où le refus d'un traitement par les personnes titulaires de l'autorité parentale risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables.

Le consentement des mineurs doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision après avoir reçu l'information adaptée à leur degré de maturité.

#### **Cas particulier des soins en urgence délivrés aux patients mineurs :**

En cas d'urgence et d'impossibilité de joindre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou de refus de leur part de signer l'autorisation de soins, il est procédé aux actes urgents. La décision d'intervenir est portée dès que possible à la connaissance des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Elle est mentionnée dans le dossier médical par le praticien en charge du mineur.

Le médecin porte au dossier médical la mention « Nécessité d'intervenir en urgence », en précisant la date et l'heure. Il certifie sur le même document qu'il n'a pas été possible de joindre en temps utile le titulaire de l'autorité parentale, en précisant la date et l'heure ou, le cas échéant, que ce dernier s'est opposé à l'intervention.

ARTICLE L. 1111-4 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ARTICLE R. 1112-35 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ARTICLE R. 4127-42 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 180 : Consentement aux soins des majeurs protégés

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

Se reporter aux dispositions du RI relatives aux majeurs protégés pour le détail du consentement aux soins de ces personnes.

## Article 181 : Refus de soins

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité.

Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Lorsqu'un malade n'accepte pas l'intervention ou les soins qui lui sont proposés ou souhaite interrompre le traitement, une proposition alternative de soins est recherchée au préalable, dans toute la mesure du possible.

La sortie du patient peut éventuellement être prononcée par le Directeur général ou son représentant dans les conditions prévues à l'article «sortie contre avis médical». En cas d'urgence médicalement constatée mettant en péril la vie du malade, le médecin responsable s'assure que le refus du malade procède d'une volonté libre et éclairée et d'une parfaite connaissance du risque qu'il encourt.

Le médecin informe, s'il y a lieu, la « personne de confiance » désignée, ou la famille ou un autre proche. Le malade, conscient, doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical.

En cas de refus persistant, le médecin responsable prend les décisions qu'il estime nécessaires pour le malade compte tenu de son devoir d'assistance à personne en danger et de la connaissance qu'il a du refus du malade d'accepter les soins. Il en informe immédiatement le Directeur général ou son représentant.

ARTICLE L. 1111-4 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ARTICLES R. 1112-16 et R. 1112-43 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 182 : Réclamations et voies de recours

Toute personne accueillie au sein du CHU de Toulouse (ou ses représentants légaux ou, en cas de décès, ses ayants droit) peut faire part de ses observations ou de ses réclamations directement au Directeur Général. La commissions des usagers (CDU) veille au respect des droits des usagers et à l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accueil des patients et de leurs proches.

Les observations exprimées par les patients sont selon leur nature examinées par le directeur Général du CHU ou son représentant, le médiateur médical ou non médical ou par la CDU. Une réponse motivée est adressée au requérant.

Le patient (ou ses représentants, ou en cas de décès ses ayants droit) peut également s'adresser à la commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales compétente (CCI) lorsqu'il s'estime victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins.

Enfin, le patient (ou ses représentants légaux, ou en cas de décès ses ayants droit) peut faire un recours auprès du Tribunal Administratif de Toulouse : celui-ci peut ordonner dans un 1<sup>er</sup> temps une expertise qui permettra éventuellement d'établir la responsabilité du CHU dans la survenue du dommage, et de fixer les postes de préjudices en découlant. Dans un 2<sup>ème</sup> temps, le juge pourra lier le contentieux de manière définitive en se prononçant sur l'indemnisation de l'utilisateur et sur la responsabilité de l'établissement de santé.

Préalablement à tout recours à visée indemnitaire devant le juge administratif, le requérant doit formuler auprès du CHU de Toulouse, sous forme d'une requête amiable, une demande d'indemnisation pour réparation de préjudice.

ARTICLES R. 1112-79 A R. 1112-94 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 183 : La médiation

Un médiateur médecin et un médiateur non médecin sont désignés au sein du CHU par le Directeur Général.

Le plus souvent, les médiateurs organisent une rencontre entre le patient, ses proches ou ses ayants droit, sur simple demande de leur part, avec des membres des équipes médicales ou soignantes qui ont pris en charge le patient.

Ils peuvent aussi recevoir seuls le patient, ses proches ou ses ayants droits lorsque ces derniers ne souhaitent pas revoir les équipes médicales ou soignantes.

Les médiateurs peuvent également rencontrer seulement les proches du patient s'ils l'estiment utile ou à la demande de ces derniers.

Lorsque le médiateur médecin souhaite consulter un dossier médical, il demande l'accord écrit du patient, ou de son représentant légal, ou de ses ayants droit en cas de décès.

Le CHU de Toulouse peut également proposer au patient ou à ses ayants droit de rencontrer le médiateur médecin ou le médiateur non médecin en tant que de besoin.

ARTICLES R.1112-91 à R. 1112-94 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Chapitre 16 : Qualité de la prise en charge et certification

ARTICLES L. 6113-1 à L. 6113-14 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ARTICLES R. 6113-12 à R. 6113-15 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

### Article 184 : La démarche qualité

L'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins constitue une priorité et un axe majeur de l'action de l'établissement. Elle passe par la mise en œuvre d'une politique transversale qui concerne tous les acteurs de l'établissement et toutes les catégories professionnelles. Elle fait en outre l'objet de procédures et protocoles chaque fois que nécessaire, établis par les professionnels compétents selon une trame institutionnelle de gestion documentaire définie par la Direction Qualité, Sécurité, Relations avec les Usagers (DQSRU) du CHU de Toulouse.

Par ailleurs, le CHU de Toulouse garantit, au sein de ses structures, la mise en œuvre de l'ensemble des dispositifs de sécurité sanitaire, notamment liés aux vigilances sanitaires définies dans le cadre du Code de la santé publique. En particulier, il organise les processus permettant à tout professionnel hospitalier ayant connaissance d'un effet indésirable grave ou inattendu, d'un incident ou d'un risque d'incident lié à l'utilisation d'un médicament, d'un produit sanguin labile ou d'un dispositif ou équipement médical, d'une infection nosocomiale, d'alerter immédiatement le correspondant local assurant, au sein de l'établissement, la vigilance sanitaire pour la catégorie de produits concernés.

Enfin, le CHU de Toulouse met en place l'évaluation des pratiques professionnelles notamment prévue dans le cadre de la démarche de certification engagée auprès des organismes nationaux compétents. Dans le même temps, il permet aux praticiens de ses services d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances et leurs savoirs dans la discipline médicale, odontologique ou pharmaceutique dans laquelle ils exercent.

Depuis la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, la CME contribue à la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

*Voir annexe 16 : Charte de confiance*

## Article 185 : La certification

La procédure de certification donne lieu à la visite d'experts de la haute autorité de santé, instance consultative à caractère scientifique indépendante.

Elle vise à poser une appréciation indépendante sur la qualité de l'établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement.

Le déroulement de la procédure de certification s'appuie sur une organisation institutionnelle interne et sur la composition d'équipes pluridisciplinaires au sein de l'établissement.

## Article 186 : Le rôle de la DQSRU et du COPIL qualité dans la certification

Le comité de pilotage qualité et la Direction Qualité, Sécurité, Relations avec les Usagers contribuent à entretenir la dynamique de la démarche de certification. A ce titre :

### **La Direction Qualité, Sécurité, Relations avec les Usagers :**

- Suit l'état d'avancement des démarches et les synthétise à destination du comité de pilotage,
- Coordonne les groupes d'auto-évaluation sur les référentiels de la haute autorité de santé,
- Assiste, les groupes de travail transversaux définis par le comité de pilotage de la qualité et les équipes d'auto-évaluation,
- Soumet au comité de pilotage qualité toutes les suggestions permettant de satisfaire aux exigences de la haute autorité de santé.

### **Le COPIL qualité:**

- Valide les objectifs à atteindre et les moyens à mobiliser,
- Valide et priorise les propositions d'actions des équipes,
- Crée des groupes de travail transversaux constitués en fonction des actions prioritaires qu'il a validé.

## Chapitre 17 : Don du sang et transfusion sanguine

ARTICLE L. 1221-1 à L. 1221-5 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ARTICLES R. 1221-22 à R. 1221-23 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 187 : Don du sang

L'Établissement français du sang (EFS) organise au sein du CHU de Toulouse la collecte de produits sanguins. Le don de sang ou de composants du sang doit être volontaire, bénévole, anonyme et être pratiqué sous la direction et la responsabilité d'un médecin. Il ne peut donner lieu à aucune rémunération, directe ni indirecte.

L'EFS assume, même sans faute, la responsabilité des risques encourus par les donneurs de sang à raison des opérations de prélèvement. Le sang, ses composants et leurs dérivés ne peuvent en aucun cas être distribués ni utilisés sans qu'aient été accomplies, au préalable, les analyses biologiques prévues par les textes réglementaires.

## Article 188 : Produits sanguins labiles

Les patients dont l'état nécessite l'administration de produits sanguins labiles sont transfusés avec des produits homologues fournis par le site transfusionnel de l'EFS auquel le CHU de Toulouse est rattaché. Les patients devant subir une intervention chirurgicale programmée à court terme et pour laquelle les besoins en sang sont bien définis peuvent, s'ils ne présentent pas de contre-indications spécifiques, se faire prélever leur propre sang qui leur sera transfusé ultérieurement.

Dans le cadre de la transfusion autologue différée, le sang est conservé par le site transfusionnel de l'EFS ou le dépôt du CHU de Toulouse. Ces produits autologues sont exclusivement réservés aux patients correspondants. Si la quantité de sang prélevée se révèle insuffisante, la transfusion sera complétée avec du sang homologue.

Il n'est pas possible pour les patients de sélectionner un donneur parmi leurs proches ou leurs relations, cette pratique étant contraire à la règle de l'anonymat qui préside au don du sang. Seule la nécessité thérapeutique peut être invoquée, à titre exceptionnel, pour justifier le non-respect de ce principe.

## Article 189 : Sécurité transfusionnelle

Les médecins prescrivent aux patients les produits les plus adaptés et les plus sûrs au regard de leur pathologie. Ils s'assurent de la traçabilité des produits effectivement administrés aux patients. Au cas où est diagnostiqué chez un patient un événement indésirable susceptible d'être dû à une transfusion, le correspondant d'hémovigilance du CHU de Toulouse en informe immédiatement le correspondant d'hémovigilance de l'EFS, en lui spécifiant les références des produits transfusés.

Le CHU doit faire en sorte, soit directement, soit par l'intermédiaire du médecin traitant, que le patient impliqué dans une enquête transfusionnelle et dont il gère le dossier médical bénéficie des contrôles nécessaires. Le patient est tenu informé de sa situation dans les conditions prévues à l'article du RI relatif à l'information sur les accidents médicaux, les affections iatrogènes ou les infections nosocomiales.

Le CHU établit pour chaque patient qui bénéficie d'une transfusion sanguine un dossier transfusionnel versé au dossier médical du patient.

Au cours de son séjour hospitalier, le patient auquel a été administré un produit sanguin labile en est informé par écrit. L'information est communiquée, pour les mineurs, aux titulaires de l'autorité parentale et, pour les majeurs protégés, à la personne qui exerce la tutelle.

## Chapitre 18 : Dispositions relatives aux recherches biomédicales, aux dons, aux prélèvements et aux collectes d'éléments du corps humain

### Article 190 : Recherche biomédicale

Les médecins et les chirurgiens-dentistes peuvent proposer aux patients de participer à une recherche biomédicale. La loi protège les personnes qui se prêtent à ces recherches et définit les conditions de leur déroulement. Elle prévoit que l'intérêt du patient doit toujours primer les seuls intérêts de la science et de la société. Les recherches biomédicales doivent toujours être réalisées dans le respect des règles de bonnes pratiques.

Avant de réaliser une recherche sur une personne, tout investigateur est tenu d'en soumettre le projet à l'avis d'un comité de protection des personnes.

Sous réserve de dispositions légales spécifiques, aucune expérimentation ne peut être menée sans l'accord de la personne concernée. Le consentement libre, éclairé et exprès du patient ou le cas échéant de son représentant légal doit toujours être recueilli. Il doit être consigné par écrit, après que le médecin investigateur a informé la personne complètement et précisément, selon les modalités prévues par la loi.

Des dispositions protectrices spécifiques sont prévues par la loi d'une part pour les personnes majeures protégées, et d'autre part pour les personnes majeures hors d'état d'exprimer leur consentement et ne faisant pas l'objet d'une mesure de protection juridique.

Les patients ou le cas échéant leurs représentants légaux sont toujours libres de refuser leur participation à des recherches biomédicales ou de mettre fin, à tout moment, à cette participation.

Lorsqu'une recherche biomédicale est effectuée sur un mineur non émancipé, l'autorisation est donnée par les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Toutefois, cette autorisation peut être donnée par le seul titulaire de l'exercice de l'autorité parentale présent si la recherche ne comporte que des risques et des contraintes négligeables et n'a aucune influence sur la prise en charge médicale du mineur, qu'elle est réalisée à l'occasion d'actes de soins et que l'autre titulaire de l'exercice de l'autorité parentale ne peut donner son autorisation dans des délais compatibles avec les exigences méthodologiques propres à la réalisation de la recherche.

ARTICLES L. 1121-1 à L. 1126-12 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ARTICLES R. 1121-1 à R.1125-26 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

### Article 191 : Principes généraux applicables aux prélèvements et aux collectes d'éléments biologiques sur des patients

Aucun prélèvement, aucune collecte d'éléments ou de produits du corps humain ne peut être pratiqué sur un patient sans son consentement préalable. Le patient peut révoquer son consentement à tout moment.

Sauf exceptions prévues par la loi, aucun prélèvement de tissus ou de cellules, aucune collecte de produits du corps humain en vue de don ne peut avoir lieu sur une personne vivante mineure ou sur une personne vivante majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation à la personne.

Aucun paiement, quelle qu'en soit la forme, ne peut être alloué à une personne qui se prête au prélèvement

et à la collecte d'éléments ou de produits de son corps. Les frais de prélèvement et de collecte sont intégralement pris en charge par le CHU de Toulouse. Le donneur ne peut connaître l'identité du receveur, ni le receveur celle du donneur. Aucune information permettant d'identifier à la fois celui qui a fait don d'un élément ou d'un produit de son corps et celui qui l'a reçu ne peut être divulguée. Il ne peut être dérogé à ce principe d'anonymat qu'en cas de nécessité thérapeutique.

ARTICLES L. 1211-1 et L. 1241-2 à L. 1241-4 ; ARTICLES R. 1211-1 à R.1211-10 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 192 : Prélèvements et greffes d'organes

Le prélèvement et la greffe d'organes constituent une priorité nationale auquel concourt le CHU de Toulouse.

Un prélèvement d'organes sur une personne vivante, qui en fait le don, ne peut être réalisé que dans l'intérêt thérapeutique direct d'un receveur. Un tel prélèvement ne peut être effectué que sur un donneur répondant aux critères, notamment de parenté, prévus par la loi.

Un prélèvement d'organes sur un patient dont la mort a été dûment constatée ne peut être effectué qu'à des fins thérapeutiques ou scientifiques. Il peut être pratiqué dès lors que le patient n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus pour un tel prélèvement.

Le refus de prélèvement peut concerner l'ensemble des organes et des tissus susceptibles d'être prélevés ou seulement certains de ces organes ou tissus. Ce refus peut être exprimé à titre principal par l'inscription sur le registre national automatisé des refus de prélèvement prévu par la loi et tenu par l'Agence de la biomédecine. Il est révocable à tout moment. Une personne peut également exprimer son refus par écrit et confier ce document à un proche. Ce document est daté et signé par son auteur dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance.

Lorsqu'une personne, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer elle-même ce document, elle peut demander à deux témoins d'attester que le document qu'elle n'a pu rédiger elle-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée.

Un proche de la personne décédée peut faire valoir le refus de prélèvement d'organes que cette personne a manifesté expressément de son vivant. Le refus de prélèvement des organes est révisable et révocable à tout moment. L'équipe de coordination hospitalière de prélèvement prend en compte l'expression de volonté la plus récente.

Le médecin informe les proches du défunt, préalablement au prélèvement envisagé, de sa nature et de sa finalité. Si le patient décédé est un mineur, le prélèvement ne peut avoir lieu qu'à la condition que chacun des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale y consente par écrit. Toutefois, en cas d'impossibilité de consulter l'un des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le prélèvement peut avoir lieu à condition que l'autre titulaire y consente par écrit.

Les médecins qui établissent le constat de la mort, d'une part, et ceux qui effectuent le prélèvement ou la greffe, d'autre part, doivent faire partie d'équipes médicales distinctes. Les médecins qui ont procédé à un prélèvement ou à une autopsie médicale sur un patient décédé sont tenus de s'assurer de la meilleure restauration possible du corps.

Les médecins doivent s'assurer que les patients âgés de 16 à 25 ans sont informés des modalités de consentement au don d'organes à des fins de greffe et, à défaut, leur délivrent individuellement cette information dès que possible.

Les dispositions du présent article s'appliquent aux prélèvements et greffes de tissus.

## Article 193 : Autopsie médicale

Une autopsie médicale peut être pratiquée sur le corps d'un patient décédé, en dehors du cadre de mesures d'enquête ou d'instruction diligentées lors d'une procédure judiciaire, dans le but d'obtenir un diagnostic sur les causes du décès. Elle doit être pratiquée conformément aux exigences de recherche du consentement visées à l'article précédent du RI.

Toutefois, à titre exceptionnel et dans des cas prévus par voie réglementaire, elle peut être réalisée malgré l'opposition de la personne décédée, en cas de nécessité impérieuse pour la santé publique et en l'absence d'autres procédés permettant d'obtenir une certitude diagnostique sur les causes de la mort.

## Article 194 : Utilisation des prélèvements à des fins scientifiques

Sous réserve de dispositions légales spécifiques et sauf si le patient, dûment informé, s'y est opposé, le CHU de Toulouse est susceptible de conserver et d'utiliser des éléments et produits du corps humain à une fin médicale ou scientifique autre que celle pour laquelle ils ont été initialement prélevés ou collectés.

Lorsque cette personne est un mineur, ou un majeur sous tutelle, ou sous habilitation familiale avec représentation relative à la personne, cette opposition peut être exercée par les titulaires de l'autorité parentale, par le tuteur ou par la personne en charge de l'habilitation familiale.

Le refus du mineur ou du majeur protégé fait obstacle à cette utilisation.

Les prélèvements à des fins scientifiques ne peuvent être pratiqués que dans le cadre de protocoles transmis, préalablement à leur mise en œuvre, à l'Agence de la biomédecine.

## Partie 4 : Dispositions relatives au personnel

---

### Chapitre 1 : Les principes généraux régissant le service public hospitalier

Le bon fonctionnement du service public hospitalier et le respect des patients imposent à l'ensemble du personnel, quel que soit son statut, le respect d'un certain nombre de principes. Leur non-respect est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires.

Les dispositions relatives au personnel s'appliquent à l'ensemble des agents du CHU de TOULOUSE : Fonctionnaires, agents contractuels de droit public et de droit privé, professionnels médicaux (praticien hospitalier ...), internes et externes en médecine, stagiaires.

## Article 195 : Le principe de continuité

Le principe de continuité repose sur la nécessité de répondre aux besoins d'intérêt général sans interruption.

Ainsi, le CHU de Toulouse assure la permanence des soins ainsi que la permanence de l'accueil des patients et de leur prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'Agence Régionale de Santé.

Le bon fonctionnement du CHU repose notamment sur l'assiduité et la ponctualité de l'ensemble du personnel, qui conditionne l'organisation et la qualité de la prise en charge des patients, notamment grâce au respect des horaires et à une bonne synchronisation des temps médicaux et soignants.

La gestion prévisionnelle des congés revêt également une importance particulière.

Toutefois, ce principe de continuité doit s'accommoder avec celui du principe, à valeur constitutionnel également, du droit de grève, développé ci-après.

**ARTICLE L.6112-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ARTICLES R.6152-26, R.6152-31 ET R.6152-35 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

## Article 196 : Le principe de laïcité

Le principe de laïcité du service public fait obstacle à ce que ses agents manifestent dans l'exercice de leurs fonctions leurs croyances religieuses, notamment par un signe ou un port vestimentaire ostensible, destiné à marquer leur appartenance à une religion. Il interdit également toute forme de prosélytisme. Ce principe, qui vise à protéger les usagers du service public de tout risque d'influence ou d'atteinte à leur propre liberté de conscience, s'impose à tous les agents de l'établissement.

Conformément au principe de laïcité, le port du voile n'est pas autorisé pour les professionnels du CHU. Le port de dispositifs couvrant la tête (tels que les charlottes) n'est pas autorisé hors zone nécessitant des mesures d'hygiène spécifiques, comme c'est le cas pour les blocs opératoires (le port de ces charlottes n'est ainsi pas autorisé au sein des salles de pause).

Le fait, pour un agent public de manifester ses convictions religieuses dans l'exercice de ses fonctions constitue un manquement à ses obligations.

Il appartient au Directeur Général de faire respecter les principes d'égalité, de neutralité et de laïcité par le personnel et, en cas de manquement à ces obligations, de prendre les mesures disciplinaires nécessaires.

**ARTICLE 10 DE LA DECLARATION DES DROITS DE L'HOMME ET DU CITOYEN DE 1789  
ARTICLE 11 DE LA CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958  
ARTICLE 9 DE LA CONVENTION DE SAUVEGARDE DES DROITS DE L'HOMME ET DES LIBERTES FONDAMENTALES  
ARTICLE L.6143-7 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE  
CIRCULAIRE DU PREMIER MINISTRE N°5209/SG DU 13 AVRIL 2007 RELATIVE A LA CHARTE DE LA LAÏCITE DANS LES SERVICES PUBLICS  
CIRCULAIRE DHOS/G N° 2005-57 DU 2 FEVRIER 2005 RELATIVE A LA LAÏCITE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE**

Voir annexe 17 : fiche d'information relative à la loi du 11 octobre 2011 interdisant la dissimulation du visage dans l'espace public

## Chapitre 2 : Les obligations inhérentes au respect du patient

### Article 197 L'obligation d'accueil et d'information des patients, des usagers et de leurs familles

Les personnels hospitaliers ont le devoir de satisfaire aux demandes d'information du public, des usagers et de leurs familles, dans le respect des règles de réserve, de secret et de discrétion professionnelle qui s'imposent. Dans le cadre de la personnalisation des relations avec le public, l'anonymat des fonctionnaires est levé sauf pour des motifs de sécurité des personnels rendant nécessaire le respect de l'anonymat.

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information incombe à tout professionnel de santé participant à la prise en charge du patient dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. Toute personne a droit, à sa demande, à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge.

Les familles sont accueillies et informées de l'évolution de l'état de santé de leurs proches, avec tact et ménagement, en toutes circonstances. Les familles doivent être avisées en temps utile des décisions importantes concernant les patients. Hormis les cas d'urgence médicale, un changement de service d'accueil ou une décision d'intervention chirurgicale devra être porté à leur connaissance avant que la décision ne soit exécutée. Dans le cas de l'aggravation de l'état de santé du patient, la famille doit être informée rapidement, notamment par téléphone.

ARTICLES L.1111-2, L.1111-3, L.1112-2, L.1113-1, R.1112-41, R.1112-42 ET R.1113-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

### Article 198 : Le respect du secret professionnel

#### Les dispositions générales

Toute personne prise en charge par l'établissement a droit au respect du secret des informations la concernant.

Institué dans l'intérêt des patients, le secret professionnel est un principe fondamental, applicable à tout professionnel de santé et toute personne intervenant de par ses activités professionnelles ou bénévoles au sein du CHU. Le secret couvre tout ce qui est porté à leur connaissance dans le cadre de leur mission, c'est-à-dire non seulement ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.

Il peut y être dérogé uniquement dans les cas de révélation strictement prévus par la loi. La violation du secret professionnel est passible de sanctions pénales, ne faisant pas échec à l'application de sanctions disciplinaires ou ordinaires.

En cas de non-révélation d'actes dont il a eu connaissance, le médecin doit prendre toutes mesures utiles pour en limiter les effets et en empêcher le renouvellement.

### **Le partage d'informations**

Un professionnel peut, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens du Code de la santé publique, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe. En revanche, le partage, entre les professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée.

Le questionnement du patient pratiqué, tant par le personnel médical que paramédical ou administratif, doit se dérouler dans des conditions de confidentialité.

L'examen clinique peut, avec l'accord du patient, se dérouler en présence de plusieurs personnes (élèves et étudiants médecins ou non-médecins en cours de formation) qui sont tenues de respecter le secret de ce qu'elles ont vu, entendu et compris.

### **L'accès étendu au dossier patient**

Certains professionnels de santé peuvent également avoir accès au dossier d'un patient, dans le cadre des gardes médicales, ou pour les professionnels relevant d'équipes transversales telles que les urgences, les anesthésistes et les plateaux techniques (imagerie, blocs opératoires, explorations fonctionnelles).

Cet accès étendu vise à prendre en charge dans les meilleures conditions possibles un patient, dans l'intérêt de la sauvegarde de son état de santé.

ARTICLES L 1110-4 ; L.1413-4 ; L.1413-5 ; L.2132-2; L.3212-1 ; L.3213-1 ; L.3113-1 ; L.3413-2 ET R.4127-4 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ARTICLES L. 121-6 ET L. 121-7 DU CODE GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE  
ARTICLES 56 ET 80 DU CODE CIVIL  
ARTICLE 226-13 ET 14, 434-1 ET 434-11 DU CODE PENAL  
ARTICLE 40 DU CODE DE PROCEDURE PENALE  
ARTICLE 44 DU CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE  
: ARTICLES L441-6 ; L.461-5 ET L.461.6 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE  
ARTICLE L.226-3 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE

## **Article 199 : L'obligation de discrétion professionnelle**

Les agents hospitaliers sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle pour tout ce qui concerne les faits et les informations dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de leurs fonctions. Ceci recouvre tout ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.

Cette obligation s'applique à l'égard des usagers, mais aussi entre agents publics, à l'égard d'autres agents, qui n'ont pas, du fait de leurs fonctions, à connaître les informations en cause.

Il est ainsi notamment interdit de communiquer des informations ou documents relatifs à l'état de santé d'un patient, ou des informations ou documents relatifs à la situation d'un autre agent (*fiche de situation, bulletin de paye ...*).

Cela signifie que les agents ne peuvent communiquer dans leur vie personnelle par l'intermédiaire des réseaux sociaux, blogs ou forums toute information dont ils auraient connaissance à l'occasion de leur fonction.

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

Le non-respect de cette obligation de discrétion professionnelle est passible de sanctions pénales, ne faisant pas échec à l'application de sanctions disciplinaires ou ordinales.

ARTICLE L. 1110-4 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ;  
ARTICLES L. 121-6 ET L.121-7 DU CODE GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

## Article 200 : Le respect de la liberté de conscience et d'opinion

La liberté de conscience, de croyance et d'opinion des patients, usagers et famille, doit être rigoureusement respectée par le personnel de l'établissement, qui s'abstiendra d'exercer toute propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, sur les patients et leurs proches. Tout agent public a un devoir strict de neutralité. Enfin, il doit traiter de manière identique, sans privilèges, ni discrimination toutes les personnes se trouvant dans la même situation et respecter leur liberté de conscience.

ARTICLE 10 DE LA DECLARATION DES DROITS DE L'HOMME ET DU CITOYEN DE 1789  
ARTICLE 1 DE LA CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958  
ARTICLE 9 DE LA CONVENTION DE SAUVEGARDE DES DROITS DE L'HOMME ET DES LIBERTES FONDAMENTALES  
CIRCULAIRE DU PREMIER MINISTRE N°5209/SG DU 13 AVRIL 2007 RELATIVE A LA CHARTE DE LA LAÏCITE DANS LES SERVICES PUBLICS  
CIRCULAIRE DHOS/G N°2005-57 DU 2 FEVRIER 2005 RELATIVE A LA LAÏCITE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE  
ARTICLE L.121-2 DU CODE GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

## Chapitre 3 : Les principes de bonne conduite professionnelle

### Article 201 : Le devoir de réserve

Tout membre du personnel doit faire preuve de réserve et de mesure dans l'expression écrite et orale de ses opinions personnelles. Dans l'exécution de leur service, les agents du CHU de Toulouse doivent s'abstenir de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou déplacés, susceptibles d'importuner ou de choquer les usagers et les autres agents.

L'obligation de réserve consiste à ne pas manifester, de quelque manière que ce soit, son opinion politique, religieuse, syndicale ou philosophique en présence des usagers.

Le devoir de réserve ne concerne pas le contenu des opinions (la liberté de conscience et d'opinion est reconnue aux agents publics) mais leur mode d'expression. Le droit de réserve doit se concilier avec la liberté d'expression liée à l'exercice d'une fonction syndicale et à l'exercice d'un libre droit de critique, sans toutefois excéder les limites de l'action syndicale.

Cette obligation impose aussi aux agents publics d'éviter en toutes circonstances les comportements susceptibles de porter atteinte à la considération du service public par les usagers.

Le devoir de réserve s'applique pendant et hors du temps de service.

ARTICLES L. 111-2, L.121-1 ET L.121-2 DU CODE GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

## Article 202 : L'assiduité et la ponctualité

Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions avec l'assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement du CHU, lesquelles conditionnent l'organisation et la qualité de la prise en charge des patients, notamment grâce au respect des horaires.

Il est tenu de respecter ses horaires de travail établis en application des dispositions règlementaires et fixés par tableaux de services communiqués par sa hiérarchie.

Il doit veiller à prévenir dans les meilleurs délais son supérieur hiérarchique de tout retard ou absence à son poste de travail.

ARTICLES L.121-3, L. 121-9 ET L.121-10 DU CODE GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

## Article 203 : L'obligation de respect des instructions reçues et le devoir d'obéissance hiérarchique

Tout agent de l'établissement, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées.

Le refus d'obéissance constitue une faute professionnelle.

Ainsi, l'agent doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public.

De même, sous réserve des règles applicables aux professions réglementées, en cas d'empêchement d'un agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, un autre agent, ayant reçu l'ordre d'exécuter ce travail, ne peut s'y soustraire en invoquant le motif que cette tâche n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade.

Enfin, lorsque l'agent a un motif raisonnable de penser qu'une situation de travail présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, il peut alors faire valoir son droit de retrait et se retirer de cette situation.

ARTICLES L. 121-9 ET L. 121-10 DU CODE GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

## Article 204 : Le devoir d'alerte et d'information du supérieur hiérarchique

Tout agent, quel que soit son grade ou sa fonction, doit informer son supérieur hiérarchique, dans les meilleurs délais, des incidents de toute nature dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de son service. Cette obligation doit se traduire notamment par l'élaboration de ~~dans les~~ rapports circonstanciés qui peuvent être sollicités par l'encadrement. Il existe en outre un devoir d'alerte auprès de

l'encadrement lorsque des éléments précis peuvent faire craindre la survenance d'un incident ou d'un dysfonctionnement.

## Article 205 : Le signalement des événements indésirables

Tout agent qui constate un événement indésirable qui a causé ou aurait pu induire des conséquences pour un patient, un personnel ou un bien de l'établissement doit en informer la Direction générale et son supérieur hiérarchique direct.

La transmission à la Direction générale s'effectue au moyen d'une fiche de signalement des événements indésirables, disponible sur le portail intranet du CHU . L'agent peut remplir seul cette fiche ou se faire aider par le personnel d'encadrement.

*Voir annexe 18 : Charte de signalement des événements indésirables*

## Article 206 : Le bon usage des biens du CHU

Les membres du personnel veillent à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à leur disposition par le CHU.

Les atteintes aux biens de l'établissement peuvent faire l'objet de sanctions disciplinaires, d'une procédure judiciaire ou d'une demande de remboursement des frais engagés par le CHU pour réparer les dommages causés.

## Article 207 : Le respect des règles d'hygiène et de sécurité

Tous les agents doivent observer strictement les règles d'hygiène et de sécurité applicables au sein du CHU. L'usage des téléphones personnels est strictement interdit dans l'ensemble des services de soins et / ou en présence d'usagers et de leurs familles. Des zones d'usage autorisées sont matérialisées au sein du CHU. L'usage d'écouteurs, de casques audio ou tout élément de même nature est strictement prohibé dans l'ensemble du CHU pendant les heures de service. Un usage est toléré lors des moments de pause du personnel.

Les agents ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer la sécurité générale du CHU et de ses usagers. Ils doivent participer régulièrement aux formations sécurité incendie et aux exercices d'évacuation. Ils sont tenus d'appliquer sans délai les consignes données par les personnels de sécurité, sous peine de sanction et / ou poursuite.

Les agents ont notamment l'obligation de respecter les mesures barrières imposées afin de lutter contre la propagation des virus, sous peine de sanctions disciplinaires.

En tout état de cause, ils doivent se conformer à toute directive imposée par le Directeur Général, ou son représentant, en matière d'hygiène.

## Article 208 : L'exigence d'une tenue appropriée et d'un langage correct

### **L'exigence d'une tenue appropriée**

Une tenue appropriée, tant dans l'habillement et les accessoires, est exigée de l'ensemble du personnel du CHU de Toulouse. Elle doit également être compatible avec les principes de neutralité et de laïcité du service public ainsi qu'avec les règles d'hygiène.

- Les tenues décontractées (short, bermuda, tongs ...) sont proscrites;
- Les tenues et accessoires portés par les agents ne doivent pas porter atteinte au principe de neutralité et de laïcité du service public hospitalier.
- Les tenues portées doivent être compatibles avec les règles d'hygiène en vigueur, ainsi le port d'accessoire (bijoux, faux ongles/vernis...) peut être proscrire dans certains secteurs notamment de soins ;

Toutes les personnes appelées à travailler dans les services de l'établissement doivent adopter les tenues vestimentaires quand elles leur sont fournies par le CHU. La tenue vestimentaire réglementaire doit être portée pendant toute la durée du service.

Le port des vêtements de travail est interdit dans les restaurants du personnel et à l'extérieur du CHU en dehors des horaires de service, hormis les agents de la Sécurité. Le port des tenues de bloc opératoire est strictement réservé à cet usage, et interdit en dehors de ces unités.

Les agents sont tenus de faire nettoyer leur tenue de travail par le service de blanchisserie en utilisant le circuit interne de ramassage du linge sale.

### **L'exigence d'un langage correct**

La familiarité à l'égard des patients, usagers et famille est formellement proscrite.

De même les propos véhéments ou les éclats de voix entre agents de l'établissement sont à éviter, particulièrement en présence du public, car ils portent atteinte à l'image de l'établissement et à une ambiance sereine de travail.

Les propos insultants, discriminatoires à l'encontre des usagers, patients, familles et autres agents sont strictement interdits et de tels propos peuvent exposer l'agent à une sanction disciplinaire et/ou pénale.

### **Lutte contre le bruit**

Les personnels s'efforcent, sans distinction de grades ou de fonctions, d'assurer au mieux le confort physique et moral des patients.

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

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

ARTICLE L.121-1 ET L.121-2 DU CODE GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

## Article 209 : L'obligation de désintéressement

Il est interdit à tout agent du CHU d'avoir, dans une société publique ou privée, ou dans une association, des intérêts de toute nature qui seraient susceptibles de compromettre son indépendance.

ARTICLES L. 121-4, L. 121-5 et L. 122-1 DU CODE GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE  
ARTICLE 115 DE LA LOI N°2016-41 DU 26 JANVIER 2016 DITE « LOI DE MODERNISATION DU SYSTEME DE SANTE »  
DECRET N° 2007-658 DU 2 MAI 2007 MODIFIE PAR LE DECRET 2011-82 DU 20 JANVIER 2011 RELATIF AU CUMUL D'ACTIVITES DES  
FONCTIONNAIRES, DES AGENTS NON TITULAIRES DE DROIT PUBLIC ET DES OUVRIERS DES ETABLISSEMENTS INDUSTRIELS DE L'ETAT  
ARTICLE L.4113-13 DU CODE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 210 : L'interdiction d'exercer une activité privée lucrative

Les personnels du CHU sont tenus de se consacrer à leurs fonctions. Il leur est interdit d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative, de quelque nature qu'elle soit. Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires sur les cumuls d'activités.

ARTICLES L.123-1 DU CODE GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

## Article 211 : L'interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces

Il est interdit aux personnels du CHU de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale.

Cette interdiction générale ne concerne pas les activités de recherche ni d'évaluation scientifique, dès lors que ces avantages matériels, prévus par convention, restent accessoires par rapport à l'objet scientifique et professionnel et qu'ils ne sont pas étendus à des personnes autres que les professionnels directement concernés.

Les agents ne doivent accepter des patients ou de leurs familles aucune rémunération liée à l'exécution de leur service.

La seule exception à cette interdiction concerne les professionnels du CHU dont les statuts, précisés par les dispositions juridiques en vigueur, prévoient expressément la possibilité de bénéficier d'avantages en nature.

ARTICLES L.1453-3 A L.1453-6 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 212 : Le cumul d'activité

A titre dérogatoire, les fonctionnaires et agents non titulaires peuvent être autorisés à effectuer un cumul d'activité sous réserve d'un accord express de l'administration. Pour ce faire, l'agent doit obligatoirement présenter une demande d'autorisation de cumul d'activité, en mettant en copie son supérieur hiérarchique direct, à l'attention de :

- la Direction des Ressources Humaines pour les professionnels non-médicaux;
- la Direction des Affaires Médicales pour les professionnels médicaux;

Le Directeur Général ou son représentant pourra saisir le collège de déontologie du CHU de Toulouse, pour avis consultatif concernant cette demande de cumul d'activité.

L'absence de réponse de l'administration vaut rejet de la demande.

Si l'agent exerce une activité privée lucrative sans autorisation, il peut faire l'objet de sanctions disciplinaires, et être conduit à reverser les sommes perçues au titre de l'activité interdite.

ARTICLES L.123-1 A L.123-10 DU CODE GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

## Article 213 : L'interdiction de tout avantage ou contreparties directes

Aucune somme d'argent ne peut être versée aux personnels par les patients ou leurs proches, soit à titre de gratification, soit à titre de dépôt.

Il est interdit au personnel du CHU de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale.

Cette interdiction générale ne concerne pas les activités de recherche ni d'évaluation scientifique, dès lors que ces avantages matériels, prévus par convention, restent accessoires par rapport à l'objet scientifique et professionnel et qu'ils ne sont pas étendus à des personnes autres que les professionnels directement concernés.

CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE : ARTICLES L.4113-6 ; R.1112-51  
CODE PÉNAL : ARTICLE 432-11.

## Article 214 : L'identifiant des professionnels

Les agents en contact avec les personnes hospitalisées ou le public portent en évidence, pendant l'exécution de leur service, tout moyen d'identification précisant leur nom, leur prénom et leur qualité sur les tenues de travail.

Les personnels hospitaliers doivent ainsi porter en toute circonstance leur carte professionnelle.

Le personnel doit également se présenter oralement au patient qu'il est appelé à rencontrer dans le cadre de ses missions.

Dans les locaux administratifs, les noms des agents et leurs fonctions sont affichés à l'entrée des bureaux.

ARTICLE R.1112-42 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Article 215 : L'utilisation du système d'information et des réseaux sociaux

L'utilisation des moyens informatiques du CHU de Toulouse mis à disposition d'un agent public dans le cadre de la relation de travail est limitée au strict cadre et aux seuls besoins de l'activité professionnelle et

ne peut comporter que subsidiairement des informations relevant de l'intimité de la vie privée dans les conditions précisées ci-après.

#### **L'utilisation des réseaux sociaux**

L'utilisation des réseaux doit être faite avec prudence, dans le strict respect du secret professionnel, de la discrétion professionnelle et du devoir de réserve. Les réseaux sociaux ne peuvent être utilisés pour discriminer ou tenir des propos diffamatoires à l'encontre du CHU, d'un autre agent, d'un patient, usager ou famille.

L'usage des réseaux sociaux ne peut porter atteinte au droit à l'image d'une personne.

L'usage des réseaux sociaux est autorisé mais limitée et encadrée afin de ne pas perturber les patients et éviter les interruptions de tâches.

#### **L'utilisation d'Internet**

L'utilisateur doit naviguer prudemment sur Internet (*l'accès à des sites susceptibles d'être infectés par des virus, la tentative de téléchargement de logiciels autrement que par le biais d'un contrôle et d'une demande d'installation de ceux-ci par la Direction du Système d'Information (DSIO), la tentative d'accès à des sites à contenus pornographiques, la tentative d'accès à des sites par le biais de liens publicitaires ... sont rigoureusement proscrits*) et alerter immédiatement la DSIO en cas de suspicion de virus informatique.

L'utilisation d'Internet doit s'exercer dans un cadre professionnel au sein du CHU de Toulouse.

#### **L'utilisation de la messagerie professionnelle**

La messagerie doit être considérée comme un outil de dialogue, strictement professionnel.

Les agents du CHU doivent utiliser les moyens mis à leur disposition dans un cadre professionnel. L'usage des réseaux sociaux, d'Internet ou de la messagerie à des fins personnelles et durant les horaires de travail n'est pas autorisé.

Les agents du CHU doivent également respecter la Charte de l'utilisateur pour l'usage du système d'information des Hôpitaux de Toulouse qui détaille l'ensemble des règles à respecter en matière d'utilisation des systèmes d'informations et d'usage des réseaux sociaux.

*Annexe 19 : Charte de l'utilisateur pour l'usage du système d'information du CHU de Toulouse.*

ARTICLE 9 DU CODE CIVIL

ARTICLES 226-1 ET 226-2 DU CODE PENAL

ARTICLES 29 ET 31 DE LA LOI DU 29 JUILLET 1881

## Article 216 : Usage du téléphone portable

L'utilisation du téléphone portable à des fins personnelles au sein du CHU de Toulouse est autorisée mais limitée et encadrée afin de ne pas perturber les patients et éviter les interruptions de tâches. Ainsi, il est interdit d'utiliser son téléphone portable à des fins personnelles en dehors de la salle de pause ou de tout espace aménagé à cet effet.

Après chaque manipulation, il est nécessaire de se frictionner les mains avec un produit hydro alcoolique avant de reprendre son activité. Il en est de même pour les DECT.

## Article 217 : Respect de la charte graphique

Le personnel doit respecter la charte graphique de l'établissement pour tout document administratif ou tout support d'information institutionnel afin de garantir la qualité de l'image du CHU.

## Article 218 : Affichage

L'affichage est interdit au CHU de Toulouse en dehors des supports prévus à cet effet. L'exercice du droit d'affichage syndical est garanti par le Directeur Général sur les supports d'information obligatoires, de libre accès syndical installés sur les sites.

L'affichage institutionnel est strictement limité à la signalétique, aux plans de repérage et de localisation, à la sécurité incendie et à la vidéo protection.

Il est interdit d'accrocher affiches et documents sur les murs, dans les circulations, les ascenseurs, les services. La dépose de tracts sur les véhicules et les parkings n'est pas autorisée.

Le non-respect de ces obligations est sanctionné par le retrait immédiat de ces affiches.

## Chapitre 4 : Les droits et garanties du personnel

### Article 219 : Liberté de conscience et d'opinion

Les agents de l'établissement sont libres de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques et religieuses. Cette liberté est garantie dans le cadre des lois, règlements et règles statutaires qui la réglementent.

La liberté d'opinion est garantie dans la limite du devoir de réserve et de l'obligation de discrétion professionnelle qui incombe à tout agent du CHU.

ARTICLE 34 DU PRÉAMBULE DE LA CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958  
ARTICLE 5 DU PRÉAMBULE DE LA CONSTITUTION DU 27 OCTOBRE 1946  
ARTICLES L. 111-1, L. 111-2, L. 131-1 A L. 131-13 DU CODE GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE  
CIRCULAIRE DU PREMIER MINISTRE N°5209/SG DU 13 AVRIL 2007 RELATIVE À LA CHARTE DE LA LAÏCITÉ DANS LES SERVICES PUBLICS

### Article 220 : Droit à l'expression directe et collective

Un droit à l'expression directe et collective est reconnu à l'ensemble des personnels du CHU. Les membres des organisations syndicales représentatives du personnel peuvent tenir des réunions et disposer d'autorisations spéciales d'absence.

ARTICLES L.211-1 A L.211-4 DU CODE GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

### Article 221 : Droit de grève

Le droit de grève est reconnu à l'ensemble du personnel, fonctionnaires et agents non titulaires.

Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent.

La mission de service public à laquelle le CHU de Toulouse doit en toute circonstance répondre, justifie, en cas de grève, le recours au service minimum.

Conformément à la réglementation en vigueur, le Directeur de l'établissement organise le service minimum et peut assigner des agents indispensables à son bon fonctionnement.

Aussi, la procédure de déclaration des intentions de grève au sein du CHU de Toulouse est appliquée avec notamment la mise à disposition du tableau de recensement du personnel gréviste sa transmission et l'organisation du service minimum.

A partir du tableau de recensement des grévistes, le cadre supérieur organise le service minimum en collaboration avec le cadre de proximité. Pour ce faire, les besoins sont appréciés en fonction du nombre d'agents non-grévistes et présents le jour de la grève et de l'activité programmée. Le tableau de recensement du personnel assigné est transmis au service des relations sociales. Le cadre supérieur dresse la liste du personnel à assigner et rédige les lettres d'assignations en deux exemplaires. Le cadre de proximité remet, en main propre et contre signature, les lettres d'assignation aux agents concernés et archive un des exemplaires pendant un an.

L'assignation doit être remise à l'agent avant sa prise de poste. En cas d'impossibilité pour l'encadrement de remettre en main propre l'assignation à l'agent, le cadre supérieur sollicite le secteur des relations sociales (en semaine) ou le Directeur de garde (week-end et jours fériés) afin d'organiser la délivrance de l'assignation par voie d'huissier aux fins de permettre la continuité du service public. Un huissier dûment mandaté peut remettre l'acte d'assignation à l'agent ou déposer un avis de passage dans sa boîte aux lettres (art. 656 du Code de procédure civile).

Dans ce cas, l'avis de passage vaut notification de l'acte à l'agent, qui est alors réputé être signifié à la date mentionnée sur cet avis.

Pour rappel, l'avis de passage contient également les éléments suivants :

- L'objet de l'acte (assignation pour fait de grève), date et heure de prise de poste ;
- L'information de la remise de l'acte à l'étude d'huissiers ;
- L'injonction de retirer l'assignation dans les plus brefs délais ;

L'agent doit alors se rendre à son poste de travail à la date et l'heure mentionnées sur l'assignation. Le fait pour un agent d'ignorer les obligations découlant de l'assignation au seul motif que l'acte n'a pu lui être remis en main propre l'expose à des poursuites disciplinaires.

En application de la règle du service fait, la participation à un mouvement de grève peut donner lieu à retenue sur traitement.

ARTICLES L.114-1 A L.114-10 DU CODE GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

## Article 222 : Droit syndical

Le droit syndical est garanti à l'ensemble du personnel de l'établissement qui peut librement créer des organisations syndicales, y adhérer et y exercer des mandats.

Les organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions. Les représentants syndicaux du personnel du CHU bénéficient d'autorisations spéciales d'absence ou de décharges d'activité dans le cadre de la législation applicable.

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

ARTICLES L.113-1 ET L.211-1 A L.211-4 DU CODE GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

## Article 223 : Egalité de traitement et principe de non-discrimination

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

Toutefois des distinctions, validées par le médecin du travail, peuvent être faites afin de tenir compte d'éventuelles inaptitudes physiques à exercer certaines fonctions.

Aucune mesure concernant notamment le recrutement, la titularisation, la formation, la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et la mutation ne peut être prise à l'égard d'un fonctionnaire en prenant en considération :

- Le fait qu'il a subi ou refusé de subir des agissements contraires aux principes énoncés ci-dessus ;
- Le fait qu'il a formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire respecter ces principes ;
- Ou bien le fait qu'il a témoigné d'agissements contraires à ces principes ou qu'il les a relatés.

Le CHU garantit aux deux sexes une égalité totale au niveau du recrutement, de l'avancement de carrière et de la rémunération.

ARTICLE 1er DE LA CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958  
ARTICLE 14 de la CONVENTION EUROPEENNE DE SAUVEGARDE DES DROITS DE L'HOMME ET DES LIBERTES FONDAMENTALES ET  
PROTOCOLE ADDITIONNEL N° 12  
ARTICLES 1 ET 6 DECLARATION DES DROITS DE L'HOMME ET DU CITOYEN DU 26 AOÛT 1789  
ARTICLES 225-1 A 225-4 DU CODE PENAL  
CODE GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

## Article 224 : La protection contre le harcèlement moral ou sexuel

Aucun membre du personnel ne doit se voir imposer, de façon répétée, des propos ou comportements ayant pour objet ou pour effet de dégrader ses conditions de travail, de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale, de compromettre son avenir professionnel.

Aucun membre du personnel ne doit se voir imposer, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle ou sexiste ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, ou de créer à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante. Aucun membre du personnel, même de manière non répétée, ne doit subir de pression grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers.

Aucune discrimination ne peut être faite concernant le recrutement, la titularisation, la formation ou la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et aucune mutation ne peut être décidée à l'égard du fonctionnaire en prenant en considération :

- Le fait qu'il a subi ou refusé de subir des agissements contraires aux principes énoncés ci-dessus ;
- Le fait qu'il a formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire respecter ces principes ;
- Le fait qu'il a témoigné d'agissements contraires à ces principes ou qu'il les a relatés.

Est passible d'une sanction disciplinaire tout agent ayant procédé ou ayant enjoint de procéder aux agissements définis ci-dessus.

Le CHU de TOULOUSE assure la protection fonctionnelle de ses agents qui seraient victimes de harcèlement moral et sexuel.

#### **La cellule de prévention des harcèlements et discriminations du CHU :**

Le CHU de TOULOUSE a mis en place une cellule de prévention des harcèlements et discriminations, accessible à l'ensemble des professionnels et étudiants médicaux et non médicaux du CHU indépendamment de leur filière, de leur corps professionnel ou de leur niveau de responsabilité, qui peut être saisie par ceux-ci par le biais de l'adresse générique suivante : [cellulehd@chu-toulouse.fr](mailto:cellulehd@chu-toulouse.fr)

Par ailleurs, et si l'agent qui souhaite signaler une situation de harcèlement ou discrimination en ressent le besoin, il peut également être accompagné par le médecin du travail, la psychologue du travail, l'assistante sociale, le chargé du maintien dans l'emploi ainsi que le référent handicap, en complément de la cellule.

Il existe également une charte de prévention institutionnelle de lutte contre le harcèlement et toute forme de discrimination, consultable sur le site Intranet du CHU.

ARTICLES L. 133-1 A L. 133-3 DU CODE GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

## Article 225 : La protection fonctionnelle

Le CHU de TOULOUSE protège l'ensemble de son personnel contre les menaces, violences, voies de fait, injures, agissements constitutifs de harcèlement, diffamations ou outrages dont il pourrait être victime lors de l'exercice de leurs fonctions.

Dans ce cadre et sous réserve du respect des dispositions législatives et réglementaires applicables, la protection fonctionnelle peut être accordée au fonctionnaire (stagiaire ou titulaire) ou ancien fonctionnaire, et à l'agent contractuel ou ancien agent contractuel employé par le CHU de Toulouse.

En outre, l'agent public bénéficie de la protection fonctionnelle s'il est poursuivi en justice par un tiers pour une faute de service commise dans l'exercice de ses fonctions (à condition qu'il n'ait commis aucune faute personnelle).

Le CHU doit lui apporter une assistance juridique et, le cas échéant, couvrir les condamnations civiles prononcées contre lui. La protection fonctionnelle se traduit notamment par la prise en charge des honoraires d'avocat mis à sa disposition pour le représenter et faire valoir ses droits en justice.

Un dispositif de prise en charge des agents victime de violence est en parallèle organisé au sein du CHU de Toulouse : les agents peuvent bénéficier, en en formulant la demande auprès de la Direction des ressources humaines, d'un accompagnement psychologique pris en charge par le CHU.

La demande de protection fonctionnelle doit être formulée par l'agent par écrit et transmise auprès de sa hiérarchie laquelle la transmettra à la direction compétente (Direction des ressources humaines/Direction des affaires médicales/Direction des affaires juridiques), un rapport circonstancié relatant les faits est joint à la demande.

ARTICLES L. 134-1 A L. 134-12 DU CODE GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

## Article 226 : Le droit de retrait

L'agent dispose du droit de se retirer d'une situation de travail, dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, à condition que cela ne crée pas pour autrui une nouvelle situation de danger. L'agent alerte alors immédiatement sa hiérarchie oralement ou par écrit, il dispose alors du droit de se retirer de certaines tâches ou du lieu de travail, ce qui ne signifie pas nécessairement l'arrêt de tout travail effectif.

Il reste néanmoins à disposition de l'administration qui procède immédiatement à une enquête pour constater la réalité de cette situation de danger et prend les dispositions nécessaires pour faire cesser ce danger. L'agent ne peut quitter l'établissement sans autorisation préalable.

ARTICLE L.4131-1 DU CODE DU TRAVAIL

## Article 227 : Le droit à la formation professionnelle

Les personnels peuvent accéder à des formations d'adaptation, de recyclage, de perfectionnement, de reconversion et de promotion.

Le CHU de Toulouse élabore chaque année un plan de formation pour ses agents, en vue notamment de maintenir, de parfaire ou d'adapter leurs compétences au cours de leur carrière. En s'appuyant sur le projet d'établissement, ce plan de formation vise à répondre aux besoins de perfectionnement et d'évolution des services et aux nécessités de formation et de promotion interne.

LOI N°2016-41 DU 26 JANVIER 2016 DITE « LOI DE MODERNISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ »  
ARTICLES L4021-1 À L4021-8 ; R4021-1 À R4021-8 ET R4133-2 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
DÉCRET N° 2008-824 DU 21 AOÛT 2008 RELATIF À LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET CIRCULAIRE D'APPLICATION DU 22 JUIN 2009  
DÉCRET N° 2011-2116 DU 30 DÉCEMBRE 2011 RELATIF AU DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU DES MÉDECINS  
DÉCRET N°2011-2113 DU 30 DÉCEMBRE 2011 RELATIF À L'ORGANISME GESTIONNAIRE DU DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU  
DÉCRET N°2013-35 DU 11 JANVIER 2013 RELATIF À LA COMMISSION SCIENTIFIQUE INDÉPENDANTE DES MÉDECINS  
ARTICLE L.115-4 DU CODE GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

## Article 228 : Le droit d'accès au dossier administratif

Un dossier administratif individuel est constitué dès la prise de fonction de tout agent hospitalier (titulaire, stagiaire ou contractuel). Ce dossier comprend l'ensemble des éléments en lien avec la situation administrative de l'agent. Toutes les décisions portant sur la carrière du personnel sont versées dans son

dossier détenu par le pôle des ressources humaines pour le personnel non médical et la direction des affaires médicales pour le personnel médical.

En cas de mutation ou de changement d'établissement, le dossier administratif est transmis au nouvel établissement.

Chaque agent peut demander la communication de tout ou partie son dossier administratif selon les modalités de son choix, dans la limite des possibilités techniques de l'administration :

- Soit par consultation sur place en présence d'un gestionnaire ;
- Soit par délivrance d'une copie papier ;
- Soit par délivrance d'une copie électronique transmise par courriel.

L'administration dispose d'un délai d'un mois suivant la réception de la demande pour communiquer le / les documents demandés.

Le dossier individuel de carrière est un outil de gestion des ressources humaines mais il constitue également un garant des droits des agents.

ARTICLES L. 137-1 A L.137-4 DU CODE GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

## Article 229 : Le droit à la déconnexion

Le droit à la déconnexion doit être concilié avec la continuité du service public (assurée 24h/24, 365 jours /an) et le rôle de recours du CHU de Toulouse dans certaines situations.

Il s'agit du droit pour tout agent de ne pas être connecté à ses outils numériques et ne pas répondre à une sollicitation professionnelle exprimée par voie numérique, en dehors de ses horaires normaux de travail ou sur ses temps de repos, et hors situation de nécessité d'urgence ou de nécessité absolue, sans que cela lui soit reproché ou que cela puisse avoir un impact sur son évolution professionnelle.

Concernant l'usage de la messagerie électronique professionnelle, aucun agent n'est tenu de prendre connaissance des courriels ou d'y répondre en dehors de son temps de travail effectif et de sa position d'activité. Concernant l'usage des applications et logiciels qui permettent une connexion personnelle à domicile, il ne peut pas, en dehors du cadre institutionnel des astreintes et d'une éventuelle situation de télétravail, être imposé aux agents en dehors de leurs horaires de travail.

LOI N°2019-828 DU 6 AOUT 2019 PORTANT TRANSFORMATION DE LA FONCTION PUBLIQUE  
L'ACCORD RELATIVE A LA MISE EN OEUVRE DU TELETRAVAIL DANS LA FONCTION PUBLIQUE DU 13 JUILLET 2021

## Chapitre 5 : La prévention des risques professionnels, la qualité de vie au travail et la politique sociale

### Article 230 : L'appel à projets innovants (API)

Le CHU de Toulouse met en place l'engagement collectif par le biais de l'Appel à Projets Innovants (API).

Ce dispositif a pour objectifs de :

- Inciter l'émergence de projets innovants en faveur de la qualité de vie au travail et de la qualité des soins au sein des services du CHU ;
- Valoriser l'engagement des membres d'une équipe qui mettent leurs compétences en commun, leur créativité au service d'un projet en bénéficiant d'une prime si les résultats sont atteints ;
- Inclure l'expérience des hospitaliers dans les décisions en créant un jury paritaire, représentatif de l'établissement, tiré au sort parmi des volontaires pour étudier, prioriser et sélectionner les projets proposés ;
- Simplifier la mise en œuvre de projets

Les orientations-cadre du CHU de Toulouse en matière de politique d'engagement collectif sont arrêtées par le directeur général après concertation avec le Directoire, avis du Comité Technique d'Etablissement (comité social d'établissement à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2023) et de la commission médicale d'établissement.

Une évaluation de l'atteinte des objectifs proposés, au regard des critères préétablis, est réalisée trimestriellement.

Lorsque les résultats attendus sont atteints, une prime est accordée par le Directeur Général à l'ensemble des membres de l'équipe, selon les règles établies lorsque le projet a été retenu.

Une évaluation défavorable (absence de résultat ou résultats inférieurs à la cible fixée) ne permet pas de bénéficier de la prime d'engagement collectif.

Un bilan de la politique d'engagement collectif de l'établissement est présenté chaque année au CTE (CSE au 1<sup>er</sup> janvier 2023), à la CME et au Directoire.

## Article 231 : L'attention portée à la prévention des risques professionnels

Le CHU de Toulouse a mis en place différents dispositifs dédiés à la prévention des risques professionnels et à la promotion de la qualité de vie au travail, permettant de mobiliser les acteurs concernés par ces questions ainsi que des moyens dédiés à ces éléments essentiels de promotion du bien-être au travail.

Le CHU de Toulouse a notamment mis en place le dispositif « seconde victime », qui vise à accompagner les professionnels de santé ayant vécu un événement indésirable grave, et leur permettre de faire face à la détresse émotionnelle qu'ils peuvent ressentir dans ce type de situations.

## Article 232 : Le Service de Santé au travail

Un service de santé au travail chargé des actions de santé au travail (visites médicales, conditions de travail, etc...) est organisé dans l'établissement. Tout agent public de l'établissement bénéficie d'un examen médical régulier en vue de s'assurer du maintien de son aptitude au poste de travail occupé en tenant compte de la nature du poste et de la catégorie de l'agent. Chaque professionnel peut également bénéficier d'un examen médical par le service de santé au travail à sa demande. Le service de santé au travail est enfin

associé aux différents dispositifs mis en œuvre pour prévenir les risques professionnels et améliorer la qualité de vie au travail des professionnels du CHU de Toulouse.

## Article 233 : L'accueil du nouvel arrivant au sein du CHU

Tout agent nouvellement nommé dans l'établissement, installé récemment ou très prochainement dans ses fonctions, a le droit de recevoir une information relative à l'organisation, aux activités, aux instances représentatives et spécialisées, et plus généralement, au mode de fonctionnement l'établissement. Il doit être informé des droits et services auxquels il peut prétendre et des devoirs qui lui incombent au titre d'agent de l'établissement.

Une session d'accueil est organisée périodiquement par la Direction des Ressources Humaines pour les professionnels non-médicaux, et par la Direction des Affaires Médicales pour les professionnels médicaux. Le livret d'accueil du personnel permet de compléter les informations données en séance.

## Article 234 : Les services à disposition du personnel du CHU

### **La restauration sur place**

Les agents ont la possibilité de prendre leur repas au sein de l'établissement : plusieurs sites de restauration existent sur les différents sites du CHU de Toulouse.

### **Le GCS Blanchisserie Toulousaine**

La fourniture aux personnels de leurs tenues de travail réglementaires, l'entretien et le remplacement de celles-ci sont assurés par le Groupement de coopération sanitaire « Blanchisserie Toulousaine de Santé ».

### **Le vestiaire**

Un vestiaire est mis à la disposition de chaque agent soumis à l'obligation de port d'une tenue de travail qui peut y déposer ses effets et objets personnels. L'établissement dégage toute responsabilité en cas de vol, de perte ou de dégradation de ces effets et objets.

### **Les dispositifs d'aides aux transports domicile-travail et stationnement**

Comme employeur, le CHU de Toulouse participe à hauteur de 50% des frais de transports collectifs utilisés par le personnel du CHU dans leurs trajets domicile-travail sur demande et sur présentation de justificatifs, dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur ». Des stationnements sont également mis à disposition des agents, sous conditions et en fonction de critères de priorité établis par l'établissement et des places disponibles. Par ailleurs, l'établissement propose au personnel du CHU de Toulouse des enclos sécurisés pour les vélos. L'accès au local se fait grâce à la carte professionnelle, sur simple demande auprès du Gestionnaire d'Accès au Parking par site (GAP). L'établissement n'est en aucun cas tenu pour responsable du vélo ou de tout bien laissé dans ces enclos, dont la sécurisation reste à la charge du propriétaire.

### **Le service de crèche**

Afin de faciliter la conciliation des vies professionnelle et familiale de ses agents, le CHU de Toulouse propose un service d'accueil de la petite enfance comprenant deux crèches collectives situées sur les sites de Purpan et Rangueil. L'accès à ces services se fait en fonction des places disponibles.

# Partie 5 : Dispositions relatives à la sécurité et à l'environnement

---

## Chapitre 1 : Dispositions générales relatives à la sécurité

### Article 235 : L'opposabilité des règles de sécurité

Les règles de sécurité ont pour objectif de prévenir et de limiter les risques, accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des soins et d'assurer la protection des personnes (usagers et personnels) et des biens, ainsi que le calme et la tranquillité des patients.

Les règles de sécurité résultent de la police administrative générale qui vise à assurer le bon ordre, la sécurité et l'hygiène publique et de polices administratives spéciales telle que celles régissant la protection de l'environnement ou les établissements recevant du public.

Le Directeur Général édicte, en vertu de son pouvoir de police, des règles par voie de notes et instructions de service, dans le respect des lois et règlements en vigueur. Il veille au respect des règles de sécurité et de fonctionnement de l'hôpital.

Ces règles visent à éviter et pallier les conséquences des accidents dus à des défaillances techniques, à des défaillances humaines ou à des facteurs naturels.

Sous la Direction du Directeur Général, les personnels chargés de la sécurité contribuent à la sécurité au sein de l'établissement. Les personnels sont tenus de se conformer aux indications qui lui sont données à cet effet.

En cas de circonstances exceptionnelles, le Directeur prend toutes les mesures justifiées par la nature des événements et proportionnées à la gravité de la situation.

Les règles de sécurité sont opposables à toute personne présente sur le site hospitalier. Elle doit respecter les indications ou consignes qui lui sont données et, le cas échéant, obéir aux injonctions du Directeur Général, de son représentant, et des personnels habilités.

ARTICLE L.6143-7 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

### Article 236 : Personnels chargés de la sécurité et de la sûreté

#### Dispositions générales relatives aux personnels de sécurité

Les personnels assurant la sécurité générale exercent leurs fonctions sous l'autorité du Directeur Général, dans le strict respect des lois et règlements en vigueur.

Leurs possibilités d'intervention sur les personnes sont limitées à l'assistance aux personnes en péril, à la légitime défense ou à l'état de nécessité, ainsi qu'aux cas de crime ou de délit flagrant.

Dans les cas de crime flagrant ou de délit flagrant puni d'une peine d'emprisonnement, toute personne a qualité pour en appréhender l'auteur et le conduire devant l'officier de police judiciaire le plus proche. Ainsi, toute personne appréhendée en flagrant délit pourra être retenue par les agents de sécurité dans l'attente de l'arrivée des forces de l'ordre.

Les personnels assurant la sécurité générale ne peuvent intervenir dans les unités de soins qu'à la demande du Directeur Général, de son représentant.

Il leur est interdit d'effectuer toute fouille ou contrôle d'identité.

Ils ne disposent d'aucun pouvoir de contrainte et ne peuvent être porteurs d'aucune arme, même défensive. En cas de nécessité de mesures coercitives, il est obligatoirement fait appel aux forces de l'ordre.

Ils disposent du droit de demander à toute personne d'ouvrir sacs et bagages. En cas de refus, les agents sont autorisés à refuser l'accès de cette personne. Dans ce cas, les forces de l'ordre seront sollicités immédiatement pour procéder à une vérification et un contrôle d'identité.

Les agents de sécurité du CHU de Toulouse disposent d'une assermentation de gardes particuliers. A ce titre, ils constatent par procès-verbaux tous délits et contraventions portant atteinte aux propriétés dont ils ont la garde. Ils peuvent avec l'assentiment express de la personne inspecter visuellement les bagages.

#### **L'intervention des personnels de sécurité**

Les personnels de sécurité du CHU de Toulouse sont amenés à intervenir aux fins :

- de ramener un patient dans le service, qui présente un danger vital pour lui-même ou autrui ;
- d'aider le personnel soignant à maintenir le patient, qui présente un danger vital pour lui-même ou autrui, nécessitant une contention ;
- d'apporter concours et assistance à toutes personnes en danger.

Un formulaire de « demande d'intervention des agents de sécurité » est prévu à l'effet de requérir à leur intervention. Quel que soit l'évènement, le personnel du service de sécurité assure dans un premier temps un travail de médiation, de prévention et de dissuasion envers les personnes.

En complément du formulaire d'intervention, le service de sécurité de l'établissement est joignable en composant le (20) à partir de poste fixe ou mobile, hors GSM, rattachés au CHU de Toulouse.

ARTICLES 122-7 ET 223-6 DU CODE PÉNAL  
ARTICLE L. 613-2 DU CODE DE LA SÉCURITÉ INTÉRIEURE

## Article 237 : Matériels et dispositifs de sécurité

L'installation de matériels de télésurveillance, de vidéosurveillance, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique se fait dans le cadre de la législation applicable en matière de sécurité et des règles édictées par le Règlement Général sur la Protection des Données et la Loi Informatiques et Libertés. Elle doit également respecter le plan préalablement soumis par le Directeur Général aux instances représentatives compétentes du CHU de Toulouse.

Le fonctionnement de ces installations respecte le secret médical, l'intimité et la dignité des malades et le droit à la vie privée des usagers et du personnel. L'utilisation et la conservation des images sont suivies dans

le cadre de la politique de sécurisation d'établissement. La conservation des données est soumise à l'autorisation d'exploitation préfectorale.

Seules les personnes habilitées dans le cadre de leurs fonctions peuvent visionner les images enregistrées. Les personnes concernées (personnels et visiteurs) sont informées, au moyen d'un panneau affiché de façon visible dans les locaux sous vidéosurveillance de l'existence du dispositif, du nom de son responsable et de la procédure à suivre pour demander l'accès aux enregistrements visuels les concernant.

LOI N°78-17 DU 6 JANVIER 1978 MODIFIÉE SUR L'INFORMATIQUE, LES FICHIERS ET LES LIBERTÉS MODIFIÉE  
RÈGLEMENT GÉNÉRAL SUR LA PROTECTION DES DONNÉES (RGPD - RÈGLEMENT (UE) 2016/679)  
LOI N° 83-629 DU 12 JUILLET 1983 RÉGLEMENTANT LES ACTIVITÉS PRIVÉES DE SÉCURITÉ  
LOI N°95-73 DU 21 JANVIER 1995 ( ARTICLE 10 ) D'ORIENTATION ET DE PROGRAMMATION RELATIVE À LA SÉCURITÉ  
ARTICLE 226-16 A 22-20 DU CODE PÉNAL  
ARTICLE 7 DU CODE DE PROCÉDURE PÉNALE  
ARTICLES L.223-1, L.251-1 ET L.252-1 DU CODE DE LA SÉCURITÉ INTÉRIEURE

## Article 238 : Liens de coopérations avec les autorités judiciaires, les forces de l'ordre et la Préfecture

Le Directeur Général informe sans délai le Procureur de la République des crimes et délits qui sont portés à sa connaissance dans l'exercice de ses fonctions. Il avise l'officier de police judiciaire territorialement compétent en cas de mort violente ou suspecte. D'une manière générale, il s'assure que les indices utiles à la manifestation de la vérité sont préservés.

Un protocole d'accord a été signé entre le CHU de Toulouse, la justice, la police et la gendarmerie :  
Ce protocole prévoit les modalités de coopération entre ces institutions publiques, et prévoit des procédures à destination des professionnels de santé pour les dossiers nécessitant le recours aux forces de l'ordre et aux autorités judiciaires.

Le CHU de TOULOUSE vise également à travailler dans une démarche de coopération accrue avec l'ensemble des acteurs institutionnels : La Police, la Gendarmerie, la Justice et la Préfecture, afin d'assurer la sécurité des patients, usagers, résidents, et professionnels de santé du CHU, ainsi que la sécurité des biens du CHU.

## Article 239 : Les témoignages en justice des professionnels du CHU

Lorsqu'ils sont appelés à témoigner en justice ou auprès des autorités de Police sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service, les personnels préviennent le Directeur Général ou son représentant et l'informent des suites à l'issue de leur audition.

## Article 240 : Le Plan Vigipirate

Le Directeur général est responsable de la déclinaison au sein du CHU de Toulouse de la posture Vigipirate. Il l'exécute par voie de prescriptions générales ou de consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service hospitalier, dans le respect des lois, des principes généraux du droit et des règlements. Ces mesures sont destinées à développer une culture de la sécurité, déployer un système

de niveaux qui renforce la capacité de réponse du CHU de Toulouse en application du volet santé du plan Vigipirate et à mettre en œuvre des mesures renforçant l'action gouvernementale dans la lutte contre le terrorisme et la radicalisation.

Les mesures particulières sont conformes à l'actualisation semestrielle de la posture Vigipirate déclinée en 3 niveaux. Ces mesures sont applicables à toutes personnes présentes sur les sites du CHU et font l'objet d'une nomenclature spécifique.

## Chapitre 2 : Les règles de sécurité générale

### Article 241 : La Sécurité des Personnes

La sécurité des personnes vise la protection de l'intégrité physique des usagers, des personnels et des tiers présents dans l'enceinte du CHU de Toulouse. L'ensemble des dispositions de sécurité générale et de fonctionnement spécifique a vocation à y concourir.

Le CHU de TOULOUSE est particulièrement attaché à la sécurité de ses patients, usagers et professionnels de santé, et est en relation étroite avec les autorités judiciaires et les forces de l'ordre pour garantir celle-ci.

Le CHU de TOULOUSE veille à signaler aux autorités compétentes toute menaces physiques ou verbales, de même que les agressions à l'encontre de ses patients, usagers et professionnels de santé.

### Article 242 : La Sécurité des Biens

La sécurité des biens vise la protection des biens des patients et du patrimoine mobilier et immobilier du CHU de Toulouse. Les biens de la personne hospitalisé peuvent faire l'objet d'un dépôt selon la procédure décrite dans le présent règlement intérieur. Ce dépôt s'effectue sur la demande de la personne hospitalisée qui doit y être invitée au moment de son admission par le personnel hospitalier. En cas d'inconscience du patient ou d'hospitalisation en urgence, le dépôt est effectué par le représentant de l'établissement, après inventaire contradictoire des biens par ce dernier et l'accompagnant du malade, ou à défaut, un témoin.

Tout membre du personnel doit veiller à conserver en bon état les locaux, les matériels, les effets et objets de toute nature mis à disposition par le CHU de Toulouse. Les personnels des établissements de santé sont également invités à maintenir fermés les locaux pour lesquels il est prévu une clé. Toute dégradation volontaire ou incurie caractérisée peut entraîner le remboursement par l'agent des dégâts causés.

Chaque membre du personnel est responsable de ses effets et biens personnels. Tout vol, toute perte, toute dégradation de valeurs, d'objets divers, d'argent, ne peut entraîner la mise en cause de la responsabilité de l'établissement de santé.

Les dégradations volontaires feront l'objet de poursuites systématiques par le CHU de TOULOUSE, en lien avec les autorités compétentes.

## Article 243 : Dispositions Générales relatives à l'accès au CHU

L'accès dans l'enceinte et dans les locaux du CHU de Toulouse est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, visiteurs, les sociétés partenaires accréditées et à ceux qui y sont appelés en raison de leurs fonctions ou de leur cursus de formation.

Les conditions matérielles de l'accès aux sites, parcs de stationnement, bâtiments et services de ces catégories de personnes sont organisées par le Directeur Général. Pour préserver l'intérêt général, il peut être amené à prendre les mesures restrictives provisoires ou permanentes qui lui semblent nécessaires et adaptées. Il peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux. Ces limitations ou interdictions d'accès doivent être clairement affichées.

L'accès de toute personne n'appartenant pas à une de ces catégories est subordonné à l'autorisation du Directeur Général ou de son représentant. Il veille également à ce que les tiers dont la présence au sein du CHU n'est pas justifiée soient signalés, invités à quitter les lieux et, au besoin, reconduits à la sortie. Au besoin, il sera fait appel aux agents du service de sécurité de l'établissement et, en cas de difficultés, aux forces de l'ordre.

Chacun est tenu de respecter les règles d'accès, de circulation, de stationnement, de personnes ou de véhicules, qu'elles soient générales ou particulières, et d'appliquer sans délai les consignes données par les personnels de sécurité, sous peine de sanction et / ou poursuite. Les dégradations volontaires feront l'objet de poursuites systématiques en lien avec les autorités compétentes (Cf article du RI - la sécurité des biens).

En cas de circonstances exceptionnelles, le Directeur Général peut décider de mettre en œuvre certaines mesures de contrôle, comme l'ouverture par leurs porteurs, des sacs, bagages, sachets et paquets. Elle peut décider de refuser l'accès à l'établissement à toute personne qui refuserait de se prêter à ces contrôles (Cf article du RI – personnels chargés de la sûreté et de la sécurité).

## Article 244 : Dispositions Spécifiques relatives à l'accès au CHU

### **L'accès des associations conventionnées**

Les associations doivent veiller à ce que leurs activités au sein du CHU ne portent pas atteinte au bon fonctionnement du service public hospitalier et à veiller au respect, par leurs bénévoles et/ou salariés, des règlements en vigueur au CHU.

Une association qui fait du prosélytisme religieux ou commercial ou porte atteinte au bon fonctionnement du service public hospitalier par son action ou par celle de l'un ou de plusieurs de ses membres pourra se voir refuser l'accès au CHU, et le CHU pourra mettre fin à la collaboration avec une association ne respectant pas les règlements en vigueur au CHU, et/ou les dispositions juridiques applicables en vigueur.

### **L'accès des bénévoles agissant pour le compte des associations**

Le CHU facilite l'intervention des associations de bénévoles qui peuvent apporter un soutien au patient et à sa famille, à la demande ou avec l'accord de ceux-ci, ou développer des activités à leur intention, dans le respect des règles de fonctionnement du CHU et des activités médicales et paramédicales. Le responsable de la structure médicale concernée peut s'opposer à des visites ou des activités de ces associations pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation de la structure médicale.

Les personnes bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin à caractère médical ou paramédical. Les bénévoles ne peuvent en aucun cas effectuer des actions de prosélytisme, notamment religieux ou

commercial. Un bénévole qui porte atteinte au bon fonctionnement du service public hospitalier, aux impératifs de neutralité et de laïcité du service public hospitalier, ou qui refuserait de respecter les règles sanitaires en vigueur pourra se voir refuser l'accès du CHU.

#### **L'accès aux stagiaires extérieurs**

Les stages organisés pour les étudiants et professionnels doivent faire l'objet d'une convention entre le CHU et l'organisme dont dépend le stagiaire. Les stagiaires sont tenus de respecter les dispositions du présent règlement intérieur sous la conduite de la personne responsable de leur stage.

Le stagiaire qui porte atteinte au bon fonctionnement du service public hospitalier, aux impératifs de neutralité et de laïcité du service public hospitalier, ou qui refuserait de respecter les règles sanitaires en vigueur pourra se voir refuser l'accès du CHU.

#### **L'accès des professionnels de la presse**

L'accès des professionnels de la presse, des sociétés de production et des artistes est conditionné à une autorisation écrite de la Direction Générale, selon la portée du sujet, donnée après avis du responsable de la structure médicale concernée. L'accès des professionnels de la presse, des sociétés de production, des artistes ou de tout tiers captant, enregistrant ou fixant les paroles ou l'image d'un patient est subordonné au consentement libre et éclairé de ce dernier.

Pour les mineurs, l'accord du représentant légal est nécessaire.

Pour les majeurs protégés, l'accord du tuteur est nécessaire, avec l'autorisation du juge au besoin s'il y a une atteinte grave à l'intimité de la personne.

Ce consentement doit être recueilli par écrit par l'intervenant concerné et versé au dossier du patient.

Les paroles et images des patients sont enregistrées sous l'entière responsabilité des personnes procédant à leur capture, à leur enregistrement ou à leur transmission. Le CHU de Toulouse ne saurait en aucune manière être appelé en garantie au cas de litige consécutif à leur utilisation.

#### **L'accès des prestataires extérieurs**

La question des accès des prestataires extérieurs doit être prévue en amont de leur intervention et dès la rédaction du cahier des charges du marché. Les conditions d'accès à leur lieu d'intervention doivent être précisées de façon adaptée à leur champ d'activité et suivies par le responsable du marché du pôle ou de la direction impliquée. Aucun prestataire ne peut se voir confier tout moyen d'accès sans aucun contrôle préalable et une organisation adaptée garantissant le respect des règles du CHU tout en permettant au prestataire de réaliser ses missions. Les référents CHU de chaque prestataire sont garants du respect des règles et usages de chaque employé du prestataire. Ils auront la responsabilité de tous les moyens et outils mis à la disposition du prestataire.

Le prestataire extérieur qui porte atteinte au bon fonctionnement du service public hospitalier, aux impératifs de neutralité et de laïcité du service public hospitalier, ou qui refuserait de respecter les règles sanitaires en vigueur pourra se voir refuser l'accès du CHU.

#### **L'accès des visiteurs médicaux et des personnes exerçant des métiers de promotion des produits de santé**

Les visiteurs médicaux et les personnes exerçant des métiers de promotion des produits de santé doivent s'engager à se conformer à la charte de bonne pratique des métiers de promotion des produits de santé en vigueur au CHU, et co-signée par le Doyen des Facultés de Santé de Toulouse. Cette charte est disponible sur le site Internet du CHU.

Les agents commerciaux et visiteurs médicaux agissant au nom d'entreprises produisant ou commercialisant des produits de santé ne sont pas autorisés à rencontrer les professionnels dans les zones de soins et de consultations ainsi que les étudiants au sein du CHU de Toulouse.

Des autorisations dérogatoires peuvent être délivrées à des fins non commerciales dans le cadre de protocoles de recherche ou lorsque seul l'industriel dispose de la connaissance nécessaire, par exemple dans le cas d'une formation sur des appareils ou des équipements spécifiques. L'accès de ces agents commerciaux et des visiteurs médicaux s'effectue uniquement dans le cadre de visites collectives ayant lieu devant plusieurs professionnels de santé, dans des conditions définies par une convention conclue entre le CHU de Toulouse et l'employeur de la personne concernée.

Ces visites doivent s'effectuer selon une planification déterminée. Les visiteurs médicaux doivent être référencés par le CHU de Toulouse et être identifiables. En cas de non-respect de ces dispositions, le Directeur Général ou son représentant peut prononcer une interdiction d'accès au CHU de Toulouse du visiteur médical ou de l'entreprise qu'il représente.

#### **L'interdiction d'accès à toute personne non autorisée**

L'accès au sein du CHU des démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs est interdit, sauf autorisation spécifique. S'ils pénètrent, sans autorisation écrite du Directeur, dans les chambres et locaux hospitaliers dans l'intention d'y exercer leur activité, ils doivent être immédiatement exclus.

Aucune enquête notamment téléphonique ne peut être menée auprès des patients sans l'accord du Directeur du CHU. Les patients ne peuvent en aucun cas être tenus d'y répondre. De plus, toute personne non autorisée, dès lors qu'elle n'a pas le statut de patient, usager du service public hospitalier ou de visiteur, ne peut s'introduire dans les services du CHU sans avoir au préalable sollicité l'autorisation du Directeur Général ou par délégation du Directeur de Site.

## Article 245 : L'interdiction de dissimulation du visage

Nul ne peut, dans l'espace public, porter une tenue destinée à dissimuler son visage. L'espace public est constitué des voies publiques ainsi que des lieux ouverts au public ou affectés à un service public. Par conséquent sont interdites à toute personne présente sur les sites du CHU de Toulouse, les tenues destinées à dissimuler son visage (cagoule, voile, masque, casque...) et à rendre impossible son identification. Cette mesure participe à la prévention des risques liés à l'identitovigilance.

L'interdiction ne s'applique pas si la tenue est prescrite ou autorisée par des dispositions législatives ou réglementaires ou si elle est justifiée par des raisons de santé ou des motifs professionnels.

L'accès à l'établissement peut être refusé à toute personne dont le visage est dissimulé, sauf dans les situations particulières d'urgence médicale.

Les agents de l'établissement invitent les personnes concernées à découvrir leur visage. En cas de refus, il sera fait appel immédiatement aux forces de l'ordre, et un signalement pourra être effectué auprès des autorités judiciaires.

## Chapitre 3 : Les règles relatives à l'interdiction de fumer, à l'usage du vapotage, à l'alcool et aux substances illicites

### Article 246 : L'interdiction de fumer et règles relatives au vapotage

#### **L'interdiction de fumer :**

Il est interdit de fumer de jour comme de nuit dans l'ensemble des locaux clos et couverts du CHU de Toulouse, et en dehors des espaces réservés à cet usage et signalés comme tels.

Une signalisation apparente, accompagnée d'un message sanitaire de prévention, rappelle, dans les locaux clos et couverts fréquentés par les patients, leurs accompagnants ou leurs proches, et par les personnels, le principe de l'interdiction de fumer.

Cette interdiction s'applique dans tous les secteurs d'activité, y compris en soins de suite et soins de longue durée. Elle s'applique notamment aux bureaux individuels et aux chambres des patients.

Des zones fumeurs identifiées extérieures sont réservés à cet usage au sein de chaque site du CHU.

Il est demandé de ne pas laisser les mégots en dehors des cendriers.

Tout contrevenant s'expose à des sanctions pénales en cas de manquement à cette interdiction. Les professionnels du CHU s'exposent également à des sanctions disciplinaires en cas de manquement à cette interdiction.

#### **Les règles relatives au vapotage :**

**A l'intérieur de l'enceinte du CHU :** Le vapotage n'est autorisé, pour les patients, usagers comme pour les professionnels de santé, qu'uniquement :

- dans les espaces communs accueillant du public, et dès lors qu'un affichage express indique la possibilité de vapoter dans le lieu ;
- sur certains balcons, dès lors qu'un affichage express indique la possibilité de vapoter dans le lieu ;

**A l'extérieur de l'enceinte du CHU :** le vapotage est autorisé, dès lors que la personne vapotant ne se situe pas directement sur un lieu de passage de patients potentiellement fragiles, afin d'éviter un nuage de vapeur potentiellement gênant (ex : entrée des urgences, devant les portes d'entrées extérieures ...)

En dehors de ces lieux spécifiques, le vapotage n'est pas autorisé.

Le vapotage demeure strictement interdit dans les espaces communs n'accueillant pas du public (salles de soins, blocs opératoires, bureaux mutualisés et/ou bureaux communs ...)

Le vapotage demeure également et notamment interdit dans les chambres des patients.

Le vapotage doit en tout état de cause être d'une puissance raisonnable, avec un parfum discret. La personne qui vapote doit veiller à faire usage de ce dispositif de manière proportionnée, dans le respect des règles de courtoisie.

Décret du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif ;  
Circulaire du 27 novembre 2006 relative aux conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif  
Circulaire du 8 décembre 2006 relative à la mise en œuvre de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé  
Article 28 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016  
Décret n°2017-633 du 25 avril 2017 relatif aux conditions d'application de l'interdiction de vapoter dans certains lieux à usage collectif.

## Article 247 : Objets et produits interdits

### **Dispositions générales relatives à l'alcool, armes, stupéfiants, et substances dangereuses /illicites :**

Il est interdit d'introduire, de distribuer ou de consommer des boissons alcoolisées dans les locaux du CHU de TOULOUSE.

En outre, il n'est en aucun cas autorisé de pénétrer ou de demeurer dans l'établissement en état d'ivresse.

De manière générale, l'introduction d'alcool, d'armes, d'explosifs, de produits incendiaires, toxiques, dangereux ou tout autre produits stupéfiants est strictement interdite au sein du CHU de Toulouse.

L'introduction, la consommation, l'acquisition ou la cession de produits stupéfiants est strictement interdite dans l'enceinte de l'établissement.

En cas de découverte de produits stupéfiants, les agents procéderont à leur saisie et une fiche d'évènement indésirable sera dressée. La substance sera placée dans une enveloppe étiquetée et sera déposée dans un coffre dédié. L'agent doit renseigner le registre « de conservation des armes de catégorie D et substances illicites ». Les objets et produits prohibés par les lois ainsi déposés sont remis aux autorités de police, contre récépissé, sans indication du nom du patient. La direction de l'établissement est prévenue.

La détention d'une arme est strictement interdite. En cas de découverte fortuite d'une arme, celle-ci est remise à la police. La direction de l'établissement est informée.

### **Interdiction de consommation d'alcool ou de stupéfiants pour les professionnels du CHU :**

Il est strictement interdit pour les professionnels de consommer de l'alcool, stupéfiants, sur son poste de travail. En cas de non-respect de ces dispositions, l'agent s'expose à des sanctions disciplinaires (se reporter à la partie du RI relative aux professionnels).

En cas de suspicion d'état d'ébriété, ainsi que pour les personnels affectés sur des postes à risques, il peut être fait recours à l'alcootest. En cas de résultat positif, l'agent est immédiatement retiré de son poste de travail.

En cas de suspicion de consommation de stupéfiants, il sera fait usage des mêmes dispositions que celles précitées.

## Chapitre 4 : Les règles de sécurité de fonctionnement

Les personnels de l'hôpital sont tenus d'observer strictement les règles de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service.

## Article 248 : La Sécurité Incendie

Le CHU de TOULOUSE est assujéti au règlement de sécurité générale contre les risques d'incendie et de panique relatif aux établissements recevant du public et aux immeubles de grande hauteur ainsi qu'aux dispositions spécifiques relatives aux établissements de santé.

L'ensemble du personnel hospitalier est concerné par la sécurité incendie et doit œuvrer dans l'exercice de ses fonctions pour prévenir tout risque d'incendie. En cas d'incendie, le personnel est tenu de se conformer aux consignes de sécurité prévues et affichées à chaque entrée et issue de service. La formation à la sécurité incendie est une formation obligatoire dont aucun personnel ne saurait être exempté.

Le personnel hospitalier doit veiller en permanence à la vacuité des circulations et des issues de secours en évitant tout encombrement de matériel. Il est notamment interdit de maintenir en position ouverte les portes coupe-feu équipées de ferme porte. Le personnel doit veiller également à limiter le potentiel calorifique dans les locaux en évacuant régulièrement les cartons, les emballages, et matériels inutilisés.

Les plans d'établissement répertoriés des principaux sites hospitaliers sont mis à jour régulièrement en concertation avec les services d'incendie et de secours.

L'ensemble des personnels du CHU est tenu de participer aux exercices pratiques de sécurité incendie qui sont organisés dans l'établissement.

**ARRETE DU 10 DECEMBRE 2004 PORTANT APPROBATION DE DISPOSITIONS COMPLETANT ET MODIFIANT LE REGLEMENT DE SECURITE CONTRE LES RISQUES D'INCENDIE ET DE PANIQUE DANS LES ETABLISSEMENTS RECEVANT DU PUBLIC : ERP TYPE U ARTICLES R4141-1 A R4141-4 DU CODE DU TRAVAIL**

## Article 249 : La Sécurité Technique

La sécurité technique comprend, sur les différents sites, la surveillance, le suivi et le contrôle des alarmes techniques, la disponibilité permanente des groupes électrogènes, de la distribution électrique et des fluides médicaux. La continuité du service électrique vise notamment à assurer le secours de l'ensemble des blocs opératoires et des appareils de maintenance et de suppléance en fonctionnement dans les services de soins du CHU de Toulouse. Les prises de secours, repérables à leur partie rouge, sont exclusivement affectées à cet effet et ne sauraient en aucun cas être débranchées et utilisées à d'autres fins.

Le Directeur Général organise la garde technique afin de faire face, en permanence, aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour assurer la sécurité du fonctionnement de l'hôpital. Il désigne les agents des services techniques de l'hôpital qui assurent ces gardes.

## Article 250 : La Sécurité Informatique

L'établissement assure la sécurité du recueil, du traitement, de la conservation et de la transmission des données informatiques concernant ses usagers et agents, dans le respect de leurs droits et libertés, ainsi que des lois et règlements en vigueur.

Le CHU de Toulouse est doté d'une politique sécurité en matière informatique. Celle-ci prévoit l'application d'une Charte utilisateur du système d'information de l'hôpital dans le but :

- d'assurer à chaque utilisateur un accès optimal au système d'information en termes de fonctionnalités et de performance,
- de garantir le respect de la réglementation et de l'éthique
- d'être conforme à la politique de sécurité du système d'information.

Les utilisateurs sont tenus de respecter les matériels, les logiciels et les locaux mis à leur disposition pour utiliser les ressources informatiques et d'en faire un usage strictement professionnel.

L'établissement signale sans délai à l'Agence Régionale de Santé les incidents graves de sécurité des systèmes d'information. Les incidents de sécurité jugés significatifs sont, en outre, transmis sans délai par l'Agence Régionale de Santé aux autorités compétentes de l'Etat.

LOI N°78-17 DU 6 JANVIER 1978 MODIFIEE, DITE « LOI INFORMATIQUE ET LIBERTES »

## Chapitre 5 : Les règles de circulation et stationnement

### Article 251 : Nature de la voirie hospitalière

Les voies de circulation et places de stationnement des sites du CHU de Toulouse font partie du domaine public de l'établissement.

Ces voies sont strictement réservées à la circulation des membres du personnel, des usagers, des véhicules du réseau des transports en commun de Toulouse Métropole et des personnes spécialement autorisées par le Directeur Général.

### Article 252 : Dispositions générales de stationnement et circulation

Les parcs de stationnement sont strictement réservés au personnel et aux usagers du service public hospitalier. Ils ne sont pas ouverts au public. Les dispositions du Code de la route, matérialisées par une signalisation adéquate, sont applicables. La vitesse y est limitée à 30 km/heure et à 10 km/heure à la Fontaine Salée.

Quel que soit le véhicule utilisé, les conducteurs sont tenus de respecter les règles d'accès, de circulation et de stationnement et d'éviter les comportements générateurs de bruit. Le CHU est desservi par les transports en commun et prend partiellement en charge les dépenses de transport en commun des agents du personnel.

L'usage des engins de déplacement personnel motorisés (EDPM), (trottinettes électriques etc ...) est réservé aux voies de circulation, dans les conditions prévues par le Code de la Route. L'usage d'un EDPM dans les couloirs et locaux du CHU de TOULOUSE est interdite.

Les accès aux urgences et les voies d'approvisionnement logistique de l'hôpital constituent des flux prioritaires matérialisés. Toute gêne occasionnée sur ces trajets pourra faire l'objet d'une action appropriée par le personnel de sécurité du CHU et les autorités qualifiées.

Les capacités de stationnement sur le site sont limitées. La priorité est progressivement donnée à l'accueil des patients : urgences, patients couchés en cours d'hospitalisation, patients de l'ambulatoire et consultants, puis professionnels de santé et visiteurs.

L'établissement peut utiliser tout moyen pour assurer la régulation et le contrôle de l'accès aux places de stationnement, notamment le gardiennage. Des aires de stationnement sont en outre réservées à certains personnels, aux personnes à mobilité réduite ainsi qu'aux véhicules sanitaires légers. Les personnels autorisés à se stationner sur ces aires, devront, à l'instar des titulaires de carte de stationnement pour personnes handicapées, apposer derrière leur pare-brise une autorisation de stationnement délivrée par la direction.

Les usagers des parkings (professionnels, patients, visiteurs ...) veillent, en se stationnant, à ne pas entraver la circulation routière, les cheminements piétons, les voies de transport en commun et les pistes cyclables.

Le stationnement est interdit en dehors des emplacements matérialisés. La circulation et le stationnement ne sauraient en rien engager la responsabilité du CHU de Toulouse. Le Directeur Général et les Directeurs de sites se réservent le droit de faire appel aux forces de police, ou à la fourrière, ou de faire déplacer les véhicules dont le stationnement entraverait la circulation, mettrait en péril la sécurité des biens ou des personnes ou, de manière générale, compromettrait le fonctionnement du service public hospitalier.

Sous la responsabilité du Directeur Général, les personnels d'accueil des directions de site et de sécurité sont chargés de veiller au respect des prescriptions énoncées ci-dessus. Chacun est tenu de les appliquer sans délai, sous peine de sanction et / ou poursuite.

*Voir annexe 20 : Règlement Intérieur des parkings*

## Article 253 : Limitation de la responsabilité du CHU en matière de stationnement et de circulation

L'autorisation de circuler et de stationner ne saurait engager la responsabilité du CHU de Toulouse, notamment en cas d'accident de la circulation, de vol ou de dégradation de véhicule.

## Article 254 : Sanctions au non-acquittement d'un péage routier

Le CHU est susceptible de prendre toute mesure utile en vue de sanctionner :

- L'utilisation frauduleuse par des agents des titres de gratuité délivrés aux patients ;
- L'utilisation frauduleuse de tickets de gratuité mis à la disposition des familles de personnes hospitalisées ;
- Le non acquittement du péage routier en sortie multiple des parkings patients.

## Partie 6 : DISPOSITIONS RELATIVES AU REGLEMENT INTERIEUR

---

### CHAPITRE 1 Procédure d'adoption du règlement intérieur

#### Article 255 : Adoption du règlement intérieur

Le règlement intérieur de l'établissement est arrêté par le Directeur Général après concertation avec le Directoire, et après avis de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT), de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), du Comité Social d'Etablissement (CSE), et du Conseil de Surveillance.

Le règlement intérieur prend effet, ainsi que les mises à jour qui lui seront apportées, à compter de la date arrêtée par le Directeur Général.

#### Article 256 : Opposabilité du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur s'impose sur l'ensemble de ses sites, et notamment de formation.

Il s'impose à l'ensemble des membres du personnels du CHU, étudiants ou stagiaires intervenant au sein du CHU de Toulouse, ainsi qu'aux usagers du service public (patients, résidents), aux accompagnants des usagers (familles, proches, visiteurs.) et à tous les intervenants extérieurs au CHU de TOULOUSE dans le cadre d'une mission ponctuelle.

Le non-respect ou la violation délibérée des dispositions de ce règlement intérieur pourra donner lieu à des poursuites (pénales, civiles, ordinales ou disciplinaires) à l'égard de son auteur.

ARTICLES L. 1112-3, L 6143-1, L 6143-7, R. 6144-1, R 6144-40 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

#### Article 257 : Mise à disposition et communication du règlement intérieur

➤ S'agissant des usagers ou tiers :

Le présent règlement intérieur est tenu à la disposition de toute personne qui le souhaite, laquelle peut le consulter en adressant sa demande à la direction générale du CHU de Toulouse. Elle peut également le consulter sur le site internet du CHU.

➤ S'agissant des agents :

Le règlement intérieur est à la disposition du personnel dans la base documentaire du site intranet de l'établissement.

## CHAPITRE 2 Modification du règlement intérieur

### Article 258 : Modalités de révision du règlement intérieur

Les dispositions du présent règlement intérieur sont susceptibles d'être actualisées et révisées en fonction des évolutions législatives et réglementaires. Conformément aux dispositions législatives et réglementaires applicables, le règlement intérieur mis à jour sera arrêté par le Directeur Général après concertation du Directoire et sera soumis pour avis à la Commission Médicale d'Etablissement, au Comité Social d'Etablissement et au Conseil de Surveillance.

Les modifications à apporter au règlement intérieur du CHU de Toulouse sont adoptées dans la même forme et selon la même procédure que celles décrites ci-dessus.

ARTICLES L. 1112-3, L 6143-1, L 6143-7, R. 6144-1, R 6144-40 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## Partie 7 : Liste des différents sites

### SITE DE PURPAN

Hôpital Purpan	Hôpital Pierre-Paul Riquet	Hôpital des Enfants
Place du Docteur Baylac TSA 40031 31059 Toulouse cedex 9. Téléphone : 05 61 77 22 33 Finess géographique : 310783048	Place du Dr Baylac TSA 40031 31059 Toulouse cedex 9 Finess géographique : 310783048	330, avenue de Grande-Bretagne TSA 70034 31059 Toulouse cedex 9. Téléphone : 05 34 55 86 33 Finess géographique : 310016977

Hôpital Paule de Viguier	Hôpital Garonne	Bâtiment URM	Hôpital de psychiatrie :
330, avenue de Grande-Bretagne TSA 70034 31059 Toulouse cedex 9 Téléphone : 05 34 55 84 40	224, avenue de Casselardit TSA 40031 31059 Toulouse Cedex 9 Téléphone : 05 61 77 66 11 Finess géographique : 310790332	Place du Docteur Baylac TSA 40031 31059 Toulouse Cedex 9 Finess GÉO.	330, avenue de Grande-Bretagne TSA 70034 31059 Toulouse Cedex 9 Finess GEO.

Finess géographique : 310016977		310783048	310025077
------------------------------------	--	-----------	-----------

### SITE DE RANGUEIL-LARREY

Hôpital Rangueil	Hôpital Larrey
1, avenue du Pr Jean Poulhès TSA 50032 31059 Toulouse Cedex 9 Téléphone : 05 61 32 26 00 Finess géographique : 310783055	24 chemin de Pouvoirville TSA 30030 31059 Toulouse Cedex 9 Téléphone : 05 67 77 14 33 Finess géographique : 31001935

### SITE HÔTEL-DIEU LA GRAVE

Hôtel-Dieu Saint-Jacques	Hôpital La Grave
2, rue viguerie TSA 80035 31059 Toulouse cedex 9 Téléphone : 05 61 77 82 33 Finess géographique : 310783063	Place Lange TSA 60033 31059 Toulouse cedex 9 Téléphone : 05 61 77 78 33 Finess géographique : 310783063

### SITE ONCOPOLE

#### Oncopole du CHU de Toulouse

1 Avenue Irène JOLIOT-CURIE  
31059 Toulouse Cedex 9  
Téléphone : 05 31 15 50 50

### SITE SALIES-DE-SALAT

La Fontaine Salée

Avenue Préventorium  
31260 Salies du Salat  
Téléphone : 05 61 90 92 00  
Finess géographique: 310782339

## SITE CHAPITRE CUGNAUX

Logipharma	Z.I. Le Chapitre
293 chemin de Tucaut TSA 90036 31270 CUGNAUX Finess géographique 310032537	20, Avenue de Larrieu 31100 TOULOUSE Finess géographique : 310025333

## Partie 8 : Annexes

---

### Article 259 : Liste des annexes au Règlement Intérieur

- Annexe 1 : Règlement Intérieur des Ecoles (du PREFMS)
- Annexe 2 : Règlement Intérieur du Directoire
- Annexe 3 : Règlement Intérieur du Conseil de Surveillance
- Annexe 4 : Règlement Intérieur de la CME
- Annexe 5 : Règlement Intérieur du CSE
- Annexe 6 : Règlement Intérieur de la CSIRMT
- Annexe 7 : Règlement Intérieur de la CDU
- Annexe 8 : Charte de l'Activité Libérale
- Annexe 9 : Règlement Intérieur du Collège de Déontologie
- Annexe 10 : Règlement Intérieur du CEH
- Annexe 11 : Charte Ethique de l'Institut St Jacques
- Annexe 12 : Règlement Intérieur de l'USLD
- Annexe 13 : Règlement Intérieur des Chambres mortuaires
- Annexe 14 : Charte de la laïcité dans les services publics – avril 2007
- Annexe 15 : Charte du patient hospitalisé
- Annexe 16 : Charte de confiance
- Annexe 17 : fiche d'information relative à la loi du 11 octobre 2011 interdisant la dissimulation du visage dans l'espace public
- Annexe 18 : Charte de signalement des événements indésirables
- Annexe 19 : Charte de l'utilisateur pour l'Usage du Système d'Information du CHU de Toulouse
- Annexe 20 : Règlement Intérieur des Parkings