

RÈGLEMENT INTÉRIEUR



Établissement
public de santé
Barthélemy Durand

Etablissement Public de Santé Barthélemy Durand

Avenue du 8 Mai 1945 - BP 69 - 91152 ETAMPES CEDEX

Tel : 01.69.92.52.52 – Fax : 01.69.92.53.00 – courriel : direction@eps-etampes.fr

001.100 V5-mars 2013
Actualisé art.51 le 05.02.2014
modifié le 05.02.2019 suite instances

Règlement Intérieur
approuvé en février 2013

Etablissement Public de Santé Barthélemy Durand

Avenue du 8 Mai 1945 - BP 69 - 91152 ETAMPES CEDEX

Tel : 01.69.92.52.52 – Fax : 01.69.92.53.00 – courriel : direction@eps-etampes.fr

SOMMAIRE

TITRE I-DISPOSITIONS RELATIVES À L'ORGANISATION GÉNÉRALE.....	8
CHAPITRE 1-L'EPS BARTHÉLEMY DURAND	9
Article 1- Présentation.....	9
Article 2- Statut juridique	9
Article 3- Mission de service public	9
CHAPITRE 2-DIRECTION ET INSTANCES REPRESENTATIVES LOCALES	10
Article 4- Les instances de décision	10
Article 4.1- Le Conseil de Surveillance	10
Article 4.2- Le Directeur	10
Article 4.3- Le Directoire	11
Article 5- Les instances consultatives et techniques	11
Article 5.1- La Commission Médicale d'Etablissement (CME).....	11
Article 5.1.1- Attributions.....	11
Article 5.1.2- Composition de la CME.....	12
Article 5.2- Le Comité Technique d'Etablissement (CTE)	12
Article 5.2.1- Attributions.....	12
Article 5.2.2- Composition.....	13
Article 5.3- Le Comité d'Hygiène, de Sécurité, et des Conditions de Travail (CHSCT)	13
Article 5.4- La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)	14
Article 5.4.1- Compétence.....	14
Article 5.4.2- Composition.....	14
Article 5.4.3- Opérations électorales	15
Article 5.5- La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge	16
CHAPITRE 3-ORGANISATION DE LA SECTORISATION ET DES SOINS	18
Article 6- La sectorisation	18
Article 7- L'organisation de l'établissement	18
Article 7.1- L'organisation en pôles.....	18
Article 7.2- L'organisation médicale	18
Article 7.2.1- Les chefs de pôles des activités cliniques ou médico-techniques	18
Article 7.2.2- Les structures internes	18
Article 7.2.3- Les unités fonctionnelles	19
Article 7.2.4- Autres modes d'organisation médicale	19
Article 7.3- Les différents intervenants médicaux	19
Article 7.4- Les différents modes de prise en charge.....	20
Article 7.4.1- Les différents modes d'hospitalisation.....	20
Article 7.4.2- La prise en charge ambulatoire	21
Article 7.4.3- La psychiatrie de liaison.....	22
Article 7.5- L'urgence	22
TITRE II-DISPOSITIONS RELATIVES À L'ACCUEIL, AU SÉJOUR, ET À LA SORTIE DES PATIENTS.....	23
CHAPITRE 1-ADMISSIONS - DISPOSITIONS GENERALES	24
Article 8- Les modes d'admission	24
Article 8.1- Admission en Soins Psychiatriques Libres (SPL)	24
Article 8.2- Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) ou pour péril imminent (SPPI)	24
Article 8.3- Admission en soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat (SPRE).....	26
Article 8.4- Admission de patients en soins psychiatriques suite à une décision de justice...27	

Article 8.5- Mesures communes aux patients suivis en SPDT–SPRE et SPPI	27
Article 9- L'accueil des patients	29
Article 10- L'anonymat	29
Article 11- Le livret d'accueil	29
Article 12- Le dépôt des objets et valeurs	29
Article 13- La restitution des objets et valeurs.....	30
CHAPITRE 2-ADMISSIONS - DISPOSITIONS PARTICULIERES.....	31
Article 14- L'admission des mineurs.....	31
Article 14.1- L'hospitalisation psychiatrique d'un mineur avec accord du représentant légal	31
Article 14.2- L'hospitalisation psychiatrique d'un mineur sur ordonnance judiciaire	31
Article 15- L'admission de détenus	32
Article 16- L'admission de toxicomanes	32
CHAPITRE 3-SEJOUR HOSPITALIER.....	33
Article 17- L'information du patient sur sa situation	33
Article 18- L'information sur son état de santé.....	33
Article 19- l'information en cours de séjour.....	34
Article 20- La désignation d'une personne de confiance	34
Article 21- L'égal accès aux soins.....	34
Article 22- Le libre choix de l'établissement et du praticien	34
Article 23- Le principe d'exercice des droits et libertés individuelles	35
Article 24- Le respect de la dignité	35
Article 25- Le principe de non-discrimination	36
Article 26- Le principe de la lutte contre la douleur	36
Article 27- L'autorisation d'opérer	36
Article 28- La non divulgation de la présence dans l'établissement	36
Article 29- La prévention de la maltraitance	36
Article 30- Le secret professionnel	36
Article 31- La liberté d'aller et de venir	37
Article 32- L'exercice du culte	37
Article 33- Le droit de vote	37
Article 34- Le suivi scolaire	37
Article 35- La correspondance.....	37
Article 36- Les plaintes et réclamations	37
Article 37- L'accès au dossier médical.....	38
Article 38- Les droits relatifs au traitement des données informatisées	38
Article 39- Directives anticipées	38
Article 40- La protection juridique des majeurs protégés	39
Article 40.1- La mise sous protection juridique	39
Article 40.2- La sauvegarde de justice	39
Article 40.3- La curatelle	39
Article 40.4- La tutelle.....	40
Article 40.5- Les règles communes à la tutelle et à la curatelle	40
Article 41- Le service social	41
Article 42- Le centre social	41
Article 43- L'hygiène à l'hôpital	41
Article 44- Les chambres des patients.....	41
Article 45- Les repas	41
Article 46- Les relations entre patients	41
Article 47- L'utilisation du téléphone	41
Article 48- L'utilisation de la télévision	42
Article 49- L'accès Internet.....	42
Article 50- La présence d'animaux	42
Article 51- L'usage du tabac et de la cigarette électronique	42

Article 52- L'alcool et les substances illicites	42
Article 53- Le respect des locaux et des équipements	43
Article 54- Les obligations à la charge des patients	43
Article 55- Le droit de refus de visites	44
Article 56- Les modalités d'exercice des visites	44
Article 57- L'organisation des visites	44
Article 58- Les horaires des visites.....	44
Article 59- Le comportement des visiteurs.....	45
Article 60- L'interdiction des pourboires	45
Article 61- La voirie hospitalière	45
CHAPITRE 4-MODALITES DE SORTIES	46
Article 62- Les modalités de sortie en soins psychiatriques libres (SPL).....	46
Article 63- Les modalités de sortie en soins psychiatriques contraints	46
Article 63.1- Sorties accompagnées de courte durée pour les SPDT, SPPI et SPRE (maximum 12 heures)	46
Article 63.2- La sortie définitive en SPDT ou SPPI	46
Article 63.3- Les modalités de sortie en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPRE).....	47
Article 64- La sortie des mineurs	48
Article 64.1- En cours d'hospitalisation	48
Article 64.2- La sortie définitive	48
Article 65- Le questionnaire de sortie dit aussi de séjour	48
CHAPITRE 5-DISPOSITIONS PARTICULIERES APPLICABLES AUX PERSONNES HOSPITALISEES EN VERTU DE L'ARTICLE D.398 DU CODE DE PROCEDURE PENALE.....	49
Article 66- La procédure d'admission	49
Article 67- L'établissement d'accueil	50
Article 68- La liberté d'aller et de venir	50
Article 69- La correspondance	50
Article 70- L'accès aux téléphones	50
Article 71- Les modalités des visites	50
Article 72- Les modalités de sorties	50
Article 73- L'application du règlement intérieur	50
CHAPITRE 6-MESURES EN CAS DE DECES.....	51
Article 74- Le constat du décès	51
Article 74.1- Constat	51
Article 74.2- Autopsies	51
Article 75- La notification du décès	51
Article 76- Les indices de mort violente ou suspecte	51
Article 77- Le transport de corps	52
Article 77.1- Chambre mortuaire	52
Article 77.2- Le transport de corps sans mise en bière.....	52
TITRE III-DISPOSITIONS RELATIVES A L'APPROBATION ET A LA MODIFICATION DU REGLEMENT INTERIEUR	54
Article 80- Approbation du règlement intérieur.....	55
Article 81- Modification du règlement intérieur	55
Article 82- Mise à disposition du règlement intérieur	55

TITRE I

**DISPOSITIONS RELATIVES À
L'ORGANISATION GÉNÉRALE**

CHAPITRE 1

L'EPS BARTHÉLEMY DURAND

ARTICLE 1- PRESENTATION

L'Établissement Public de Santé (EPS) Barthélemy Durand est spécialisé en psychiatrie. Il a été créé en 1963. Il dessert une partie du département de l'Essonne conformément à la réglementation sur la sectorisation et participe également à certains dispositifs intersectoriels à vocation départementale.

ARTICLE 2- STATUT JURIDIQUE

L'EPS Barthélemy Durand est un établissement public administratif. C'est une personne morale de droit public, dotée de l'autonomie financière et juridique. Il est rattaché à la Collectivité territoriale Département de l'Essonne.

Il est placé sous la tutelle de l'Etat et est soumis au contrôle administratif du Ministère de la Santé et de ses services, l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France, et sa délégation territoriale de l'Essonne.

ARTICLE 3- MISSION DE SERVICE PUBLIC

L'EPS Barthélemy Durand assure une mission de service public. Les missions de service public sont définies par la loi du 21 juillet 2009. Ce sont notamment : la permanence des soins, l'enseignement, la recherche les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination, l'aide médicale urgente, 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.

La mission de service public induit le respect des principes du service public hospitalier :

- **L'égalité de traitement des usagers :** cela signifie qu'il doit y avoir égalité de traitement entre des personnes ayant des situations semblables. Les différences de traitement doivent être proportionnées à des situations différentes.
- **La neutralité :** Comme corollaire au principe d'égalité vient le principe de neutralité, selon lequel le service public doit être assuré sans considération des opinions politiques et religieuses des usagers.
- **La continuité :** Le principe de continuité impose un fonctionnement régulier des services, sans interruptions autres que celles prévues par la réglementation.
- **L'adaptation :** Ce principe signifie que le service public hospitalier doit pouvoir s'adapter à l'évolution des besoins de la collectivité ainsi qu'aux exigences de l'intérêt général.

Les réorganisations et les mutations du service public hospitalier et de l'établissement sont réalisées en vue de l'intérêt général et des besoins de la population.

CHAPITRE 2

DIRECTION ET INSTANCES REPRESENTATIVES LOCALES

ARTICLE 4- LES INSTANCES DE DECISION

Article 4.1- Le Conseil de Surveillance

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

Aux termes de l'article L.6143-1 le Conseil de Surveillance délibère notamment sur le projet d'établissement, le compte financier et l'affectation des résultats, le rapport annuel sur l'activité de l'établissement.

Il est également consulté sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat, le règlement intérieur, la convention de communauté hospitalière de territoire.

Le Conseil de Surveillance, dont la composition est définie notamment par la loi du 21 juillet 2009 et ses décrets d'application, se compose de 15 membres. Il comprend trois collèges : un collège des représentants des collectivités territoriales, un collège des représentants du personnel médical, odontologique et pharmaceutique, de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques et des représentants du personnel relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires et un collège des personnalités qualifiées dont des représentants des usagers. Chaque collège comprend 5 membres.

Article 4.2- Le Directeur

Le directeur dispose d'une compétence générale conformément à la loi du 21 juillet 2009. A ce titre il règle toutes les affaires de l'établissement autres sur celles qui relèvent des compétences du Conseil de Surveillance et autres que celles qui impliquent une concertation avec le directoire. Le directeur exécute les délibérations du Conseil de Surveillance.

Le directeur conduit la politique générale de l'établissement. A ce titre il assure l'administration des choses et l'administration des personnes, personnel et usagers.

Il est ordonnateur et responsable de la gestion financière.

L'autorité du directeur s'applique dans le respect des règles déontologiques et professionnelles, à l'organisation de tous les services.

Il est responsable du maintien du bon ordre et de la discipline de l'établissement.

D'autre part, le directeur dispose de compétences de gestion après concertation avec le directoire. Il est président du directoire. Après concertation avec celui-ci, il décide dans le domaine de la stratégie d'établissement, de la qualité, des finances, de la gestion du patrimoine et la politique sociale (article L.6143-7 du CSP).

Article 4.3- Le Directoire

L'EPS Barthélemy Durand est doté d'un directoire (article L.6143-7-5 du CSP).

Le directoire est composé de 7 membres : 3 membres de droit : le directeur, Président, le Président de la Commission Médicale d'Etablissement et le Président de la Commission de Soins Infirmiers, de rééducation et médico-techniques et 4 membres nommés. La majorité des membres appartient au corps médical.

Le Directoire prépare le projet d'établissement. Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. Il est obligatoirement concerté sur les sujets précisés à l'article L.6143-7 du CSP, notamment le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, 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, le bilan social, la politique d'investissement, l'Etat Prévisionnel des Dépenses et des Recettes, l'organisation interne de l'établissement...

Le directoire approuve le projet médical.

ARTICLE 5- LES INSTANCES CONSULTATIVES ET TECHNIQUES

Article 5.1- La Commission Médicale d'Etablissement (CME)

Article 5.1.1- Attributions

La Commission Médicale d'Etablissement est une instance consultative.

Elle est notamment consultée sur le projet médical, le projet d'établissement, les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement, le règlement intérieur, le plan de développement professionnel continu.

Elle est notamment informée sur L'Etat prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) et ses modifications, le compte financier et l'affectation des résultats, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), le rapport annuel d'activité de l'établissement, les contrats de pôles, la politique de recrutement des emplois médicaux, l'organisation de la formation des étudiants et internes, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, l'organisation interne de l'établissement.

La CME dispose également d'attributions dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins (article L.6144-1 du CSP). Elle contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins en ce qui concerne notamment la gestion globale et coordonnée des risques (infections associées aux soins, iatrogénie), les dispositifs de vigilance sanitaire, la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles, la prise en charge de la douleur.

Elle contribue à l'élaboration de projets relatifs à l'accueil et à la prise en charge médicale, en particulier la réflexion éthique, l'évaluation de la prise en charge, le fonctionnement de la permanence des soins, l'organisation et le parcours de soins.

Article 5.1.2- Composition de la CME (article R.6144-3)

Elle comprend des membres de droit et des membres élus.

Membres de droit

Les Chefs de pôles

Membres élus

Collège des Praticiens responsables des secteurs et services

Les représentants élus des responsables des secteurs et services constituent le collège des responsables.

Sont considérés dans l'Etablissement comme « structures internes ou services » au sens de l'article R.6144-3, 2° du code de santé publique :

- Chacun des secteurs de psychiatrie générale
- Chacun des secteurs de psychiatrie infanto juvénile,
- Le service Pharmacie
- Les structures internes intersectorielles dénommées :
 - Service des structures intersectorielles pour adultes
 - Service des structures intersectorielles pour adolescents
 - Et de tout autre service créé ultérieurement.

Le nombre de sièges à pourvoir sera égal au nombre des praticiens responsables des secteurs et des services de l'établissement tels que définis précédemment.

Pour les mêmes raisons, il n'est pas possible de désigner un suppléant.

La perte de la qualité de praticien responsable de secteur ou de service entraîne automatiquement celle de membre de la Commission Médicale d'Etablissement. Il sera organisé un nouveau scrutin à l'occasion du chaque départ d'un membre du collège des Responsables des secteurs et services.

Collège des praticiens

A parité des membres de droit et du collège des responsables, élus parmi :

- Les praticiens hospitaliers titulaires de l'établissement
- Les personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement : 2
- Les internes : 1

La CME comprend également des membres assistant avec voix consultative définis par l'article R.6144-3, II du CSP.

Article 5.2- Le Comité Technique d'Etablissement (CTE)

Article 5.2.1- Attributions

Le Comité Technique d'Etablissement est une instance consultative représentant le personnel non médical de l'établissement.

Les compétences du CTE sont fixées par l'article R.6144-40 du Code de la Santé Publique.

Le Comité Technique d'Établissement est obligatoirement consulté sur :

- 1) Les projets de délibération mentionnés du Conseil de Surveillance et sur le plan de redressement présenté par le président du directoire à l'agence régionale de santé, ainsi que sur l'organisation interne de l'établissement ;
- 2) Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;
- 3) La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu ;
- 4) Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;
- 5) La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;
- 6) 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 ;
- 7) Le règlement intérieur de l'établissement.

Le comité est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement. Il est également informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, ainsi que de l'état des prévisions de recettes et de dépenses et des décisions relatives à la coopération entre établissements et les réseaux.

Article 5.2.2- Composition

L'effectif du CTE est fixé par la réglementation à 12 membres titulaires et leurs suppléants. Il est composé de trois collègues représentant les catégories A, B et C. Les sièges sont répartis en fonction des effectifs l'année de réalisation des élections suivant des modalités définies par la réglementation.

Article 5.3- Le Comité d'Hygiène, de Sécurité, et des Conditions de Travail (CHSCT)

Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail est principalement un organe consultatif ayant pour mission générale de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des personnels ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail.

Il peut cependant par l'intermédiaire de l'inspection du travail et grâce à des expertises, émettre des décisions contraignantes pour l'établissement.

Au titre de ses missions usuelles, ce comité procède à des inspections régulières, des analyses et il crée des actions contre les risques professionnels.

Il dispose en outre d'un droit d'alerte et de retrait en cas de situation dangereuse.

Article 5.4- La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)

Elle est créée par l'article L.6146-9 du CSP.

Article 5.4.1- Compétence

Sa compétence est définie dans l'article R.6146-10 du CSP.

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques est consultée pour avis sur :

- 1) Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est élaboré par le coordonnateur général des soins ;
- 2) L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades ;
- 3) La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;
- 4) Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- 5) La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- 6) La politique de développement professionnel continu.

Elle est informée sur :

- 1) Le règlement intérieur de l'établissement ;
- 2) La mise en place de la procédure prévue à l'article L.6146-2 ;
- 3) Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

Article 5.4.2- 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.

Les représentants élus constituent trois collèges :

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

Le nombre de sièges de la commission est fixé à 24 titulaires, soit :

- Collège des cadres 9
- Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques 12
- Collège des aides-soignants 3

La répartition des sièges dans les collèges est fixée comme suit :

Collège des cadres

Groupe de la filière infirmière	7
Groupe de la filière de rééducation	1
Groupe de la filière médico-technique	1

Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Groupe de la filière infirmière	10
Groupe de la filière de rééducation	1
Groupe de la filière médico-technique	1

Collège des aides-soignants : 3

Le nombre de postes de suppléants à pourvoir est égal au nombre de postes de titulaires.

Participent aux séances de la commission avec voix consultative :

- Le ou les directeurs des soins qui assistent le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- Les directeurs des soins chargés des instituts de formation et écoles paramédicaux rattachés à l'établissement ;
- Un représentant des étudiants de troisième année nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'institut de formation paramédicale ou des directeurs des instituts de formation s'ils sont plusieurs à être rattachés à l'établissement ;
- Un élève aide-soignant nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'institut de formation ou de l'école ou des directeurs des instituts de formation ou des écoles s'ils sont plusieurs à être rattachés à l'établissement ;
- Un représentant de la Commission Médicale d'Etablissement.

Toute personne qualifiée peut être associée aux travaux de la commission à l'initiative du président ou d'un tiers de ses membres.

Article 5.4.3- Opérations électorales

Le mode de scrutin est défini par l'article R.6146-12 et suivants.

Pour compléter les dispositions prévues par la réglementation, le règlement intérieur stipule les points suivants :

- Le délai de clôture des listes électorales est fixé à huit jours à compter de la date d'affichage.
- Le délai pour faire acte de candidature expire quinze jours après la clôture des listes.
- Les mentions à faire figurer sur l'acte de candidature sont le nom, le prénom, la date de naissance, le groupe d'appartenance, le collège, le corps et la signature.
- Les candidatures peuvent être adressées au directeur de l'établissement par voie postale ou remises en main propre contre récépissé.
- Le délai de vérification de la validité des candidatures reçues et de leur rectification éventuelle est fixé à huit jours après la clôture des dépôts.
- La liste des candidats aux différents collèges est publiée par voie d'affiche à l'issue du délai de vérification.

Concernant le vote par correspondance, le matériel électoral est transmis à l'ensemble des électeurs avec les consignes d'utilisation dix jours avant l'élection, par remise directe ou envoi postal.

Les votes par correspondance doivent être réceptionnés par l'établissement :

- La veille du scrutin pour les votes remis en main propre auprès du directeur contre émargement sur un registre,
- Le jour du scrutin pour les votes envoyés par correspondance, et réceptionnés dans les conditions normales d'acheminement du courrier de l'établissement.

Les bureaux de vote sont organisés par collège et comprennent deux assesseurs par collège et un responsable par groupe.

Deux sections de vote sont mises en place, l'une sur le site hospitalier étampois et la seconde sur le site des Mares-Yvon.

Les assesseurs et les responsables sont désignés par le directeur.

Les causes de nullité de suffrage sont celles communes à toutes les élections et sont communiquées aux électeurs. Les bulletins comprenant plus de noms de candidats que de titulaires et de suppléants à élire sont également nuls.

En cas d'égalité des voix entre candidats, les sièges sont attribués au bénéfice de l'âge.

Article 5.5- La commission des usagers

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

La commission des usagers participe à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers. Elle est associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement. Elle fait des propositions sur ces sujets et est informée des suites qui leur sont données.

Elle peut se saisir de tout sujet se rapportant à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement. Elle fait des propositions et est informée des suites qui leur sont données.

Elle est informée de l'ensemble des plaintes et des réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données. En cas de survenue d'événements indésirables graves, elle est informée des actions menées par l'établissement pour y remédier. Elle peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou à ces réclamations, 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 est présidée par un président et d'un vice-président élus par les membres.

Elle est composée d'un représentant légal de l'établissement, d'un médiateur médecin et son suppléant, d'un médiateur non médecin et son suppléant, et de deux représentants des usagers et leurs suppléants désignés par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé pour 3 ans renouvelables.

Seuls les membres titulaires ou siégeant en tant que titulaires ont voix délibérante, le Directeur de l'établissement ne prenant pas part au vote.

Assistent également aux séances et ont voix consultative le Président de la Commission Médicale d'Etablissement ou son représentant, un représentant de la commission du service des soins infirmiers ou son suppléant, un représentant du personnel membre du Comité Technique d'Etablissement ou son suppléant, un représentant du conseil de surveillance représentant des collectivités locales et personnalités qualifiées ou son suppléant, le responsable qualité, ainsi que toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour.

La Commission se réunit sur convocation de son président au moins une fois par trimestre. La commission établit son règlement intérieur.

.

CHAPITRE 3

ORGANISATION DE LA SECTORISATION ET DES SOINS

ARTICLE 6- LA SECTORISATION

Le système de santé mentale français est articulé sur une organisation sectorielle : la sectorisation psychiatrique.

Le secteur psychiatrique se caractérise par plusieurs éléments.

- La continuité des soins

La continuité des soins implique que les actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale sont définies et mises en œuvre à l'échelle du secteur.

- L'équipe pluridisciplinaire

L'équipe pluridisciplinaire regroupe l'ensemble des métiers et des intervenants sous l'autorité du médecin chef de secteur et du cadre supérieur de santé. L'objectif est d'articuler les différentes dimensions de l'intervention psychiatrique, médicale, soignante, psychologique, sociale et les différentes interventions spécialisées (ergothérapeutes, psychomotriciens, etc.)

- L'aire géographique

L'EPS Barthélemy Durand assure le fonctionnement de 9 secteurs de psychiatrie générale et 3 secteurs de pédopsychiatrie (voir liste en annexe).

ARTICLE 7- L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT

Article 7.1- L'organisation en pôles

L'ensemble des activités cliniques, médico-techniques, administratives et logistiques sont organisées en pôles. L'organisation en pôle est arrêtée par le directeur après concertation et consultation des instances définies par la loi.

Article 7.2- L'organisation médicale

Article 7.2.1- Les chefs de pôles des activités cliniques ou médico-techniques

Ils sont nommés par le directeur sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la CME. Ils sont nommés pour quatre ans. Le mandat est renouvelable.

Article 7.2.2- Les structures internes

Les secteurs et services considérés dans l'Etablissement comme « structures internes ou services » au sens de l'article R.6144-3 2° du code de santé publique sont indiqués dans l'article 5.1.2 ci-dessus.

Les secteurs et services sont placés sous la responsabilité d'un médecin, ou d'un pharmacien hospitalier. Ils sont composés d'unités fonctionnelles de même discipline.

Les responsables de structures internes sont nommés par le directeur sur proposition du chef de pôle et après avis du président de CME.

Article 7.2.3- Les unités fonctionnelles

Les unités fonctionnelles sont les unités élémentaires de prises en charge des malades par l'équipe soignante ou médico-technique. L'unité fonctionnelle est placée sous la responsabilité d'un praticien titulaire du service dans le cadre de l'organisation générale définie par le responsable de secteur ou service. Il organise le fonctionnement technique du service, propose les orientations médicales dans le respect de la responsabilité médicale de chaque praticien.

Article 7.2.4- Autres modes d'organisation médicale

Les fédérations

Les fédérations sont constituées notamment pour rapprocher des activités médicales complémentaires ou pour mise en commun de moyens.

Le Département d'Information Médicale (DIM)

Le DIM est chargé de la gestion des données quantitatives issues du recueil d'information résultant du programme de médicalisation du système d'information de l'établissement.

Le DIM est placé sous l'autorité d'un médecin. Sa mission est de procéder à l'extraction, au traitement, et à l'analyse des informations médicales produites par les services hospitaliers. (Confère ci-dessous)

Article 7.3- Les différents intervenants médicaux

Les obligations

Les médecins quel que soit leur statut se doivent d'écouter, d'examiner, de soigner, de conseiller toutes les personnes avec la même conscience. Il ne peut être créé de distinction entre leurs patients au regard de leur origine, religion, croyances, mœurs, philosophie, situation familiale, handicap, réputation etc.

Il est déontologiquement interdit aux médecins d'aliéner leur indépendance professionnelle.

Les médecins ont une obligation d'entretenir et d'améliorer leurs connaissances.

Les différents statuts de médecins

Différentes catégories de médecins sont autorisées à exercer dans l'établissement :

- Les Praticiens hospitaliers, temps plein ou temps partiel
- Les Praticiens attachés
- Les Assistants généralistes et spécialistes
- Les Praticiens contractuels
- Les Internes et Faisant Fonction d'Internes.

Chaque catégorie de médecins est gérée par un statut qui lui est propre.

Article 7.4- Les différentes modes de prise en charge

Article 7.4.1- Les différents modes d'hospitalisation

L'hospitalisation à temps plein

L'hospitalisation à temps plein

L'hospitalisation à temps plein constitue le mode traditionnel de prise en charge des patients dans un hôpital. Elle s'effectue dans des lieux de soins où les patients sont placés sous surveillance continue (24 h/24), entraînant ainsi une coupure avec le milieu social et familial nécessaire afin de prodiguer les soins.

Par ailleurs, l'hospitalisation à temps plein en psychiatrie peut être effectuée avec l'accord du patient ou sans son consentement. Les objectifs poursuivis visent la réinsertion ainsi que la restauration des liens sociaux, en particulier en aval de l'hospitalisation.

L'accueil familial

Instauré par l'arrêté du 1^{er} octobre 1990, l'accueil familial thérapeutique constitue aujourd'hui une modalité de soins à part entière.

Les services d'accueil familial thérapeutique organisent le traitement des personnes de tous âges, susceptibles de retirer un bénéfice d'une prise en charge thérapeutique dans un milieu familial substitutif stable, c'est-à-dire l'accueil par une famille différente de la famille naturelle. L'objectif poursuivi est celui d'une restauration des capacités relationnelles et d'autonomie. Cependant, les patients faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement ne peuvent bénéficier de ce dispositif.

Les modalités d'accueil et d'action de l'unité d'accueil familial ainsi que les prestations de soins spécialisés doivent être adaptées au projet thérapeutique retenu pour chaque patient accueilli, celles-ci pouvant s'effectuer à temps plein, à temps partiel ainsi que de façon discontinue. S'agissant de personnes mineures, la prise en charge comporte également une composante éducative adaptée.

L'accueil familial contribue à l'insertion du patient dans l'environnement extérieur et participe au projet thérapeutique élaboré par l'équipe de soin.

Les appartements thérapeutiques

Les appartements thérapeutiques sont des unités de soins, à visée de réinsertion sociale, mises à disposition de quelques patients pour des durées limitées et nécessitant une présence importante sinon continue des personnels soignants.

L'hospitalisation à temps partiel

L'hospitalisation de jour

L'hospitalisation en hôpital de jour constitue une forme de prise en charge à temps partiel. Elle consiste en des soins polyvalents et intensifs prodigués durant tout ou partie de la journée, un ou quelques jours par semaine. Les protocoles de soins sont individualisés et révisés périodiquement.

L'hospitalisation de nuit

L'hospitalisation en hôpital de nuit permet une prise en charge thérapeutique en fin de journée ainsi qu'une surveillance médicale de nuit, et le cas échéant, en fin de semaine.

Elle s'adresse aux patients qui ont acquis une certaine autonomie dans la journée mais ont besoin, sur une période donnée, d'une prise en charge la nuit et le week-end.

L'hospitalisation à domicile (HAD)

Instaurée par la loi du 31 décembre 1970, l'hospitalisation à domicile a été définie comme une véritable alternative à l'hospitalisation par la réforme de 1991. Son champ d'intervention comporte les séjours en soins ponctuels, les séjours en soins continus et les séjours en soins de réadaptation pour les patients nécessitant une prise en charge longue.

Les services d'hospitalisation à domicile organisent des prises en charge thérapeutique au domicile du patient, associées s'il y a lieu à des prestations d'entretien nécessitées par un état de dépendance. S'agissant de soins réguliers voire quotidiens, ce mode d'hospitalisation a pour objectif de permettre au patient de redécouvrir les gestes de la vie quotidienne dans son cadre habituel et de garantir la continuité des soins, ainsi que d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée.

Le foyer de post-cure

Le foyer de post-cure est une unité destinée à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que des traitements nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome.

Article 7.4.2- La prise en charge ambulatoire

Le Centre Médico-Psychologique (CMP)

Le centre médico-psychologique est une unité de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile, mises à la disposition de la population. Celui-ci peut comporter des antennes auprès de toute institution ou établissement nécessitant des prestations psychiatriques ou de soutien psychologique.

Le centre médico-psychologique a donc une dimension essentiellement thérapeutique, pouvant assurer un diagnostic et des soins.

Par ailleurs, dans le cadre de ses activités, le centre médico-psychologique peut organiser des visites à domicile. Celles-ci permettent un retour à une existence autonome et indépendante dans le milieu de vie habituel, tout en instaurant un suivi des patients.

Elles occupent une place privilégiée pour proposer une occasion de rencontre, de connaissance, ou un travail personnalisé. Selon le projet, elles sont associées ou non à d'autres modalités de soins.

Le Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP)

Le centre d'activités thérapeutiques à temps partiel vise à maintenir ou à favoriser une existence autonome et l'insertion. Il offre, pour de petits groupes de patients, différentes activités dans un cadre déterminé et régulier.

Il s'agit d'une structure qui utilise des modes de fonctionnement très diversifiés, comme des soins du soir ou un club thérapeutique.

Article 7.4.3- La psychiatrie de liaison

La notion de psychiatrie de liaison recouvre deux acceptions distinctes, étant entendu qu'il s'agit aujourd'hui d'un concept de fait, se concrétisant au cas par cas.

D'une part, la psychiatrie de liaison est une activité, exercée par des professionnels experts dans le domaine de la souffrance physique et psychologique, destinée à répondre aussi bien aux besoins des patients hospitalisés ou suivis dans les services de médecine, chirurgie, obstétrique d'un même hôpital, qu'à ceux de leur entourage ou des soignants qui en ont la charge. Dans cette approche, la coopération psychiatrique ainsi que des autres disciplines médicales est mise en œuvre, en faveur d'une approche globale du patient.

Par ailleurs, la psychiatrie de liaison se concrétise également au travers de consultations de patients non hospitalisés auprès de leurs médecins généralistes. Il s'agit alors d'un suivi de manière parallèle par les psychiatres exerçant en établissements et les médecins généralistes libéraux. De plus, d'autres partenaires peuvent exister, comme des assistantes sociales et des infirmiers libéraux extérieurs à l'établissement

Article 7.5- L'urgence

L'urgence psychiatrique est régie en particulier par la circulaire du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques.

L'établissement est doté d'un service d'accueil et d'orientation fonctionnant 24h/24, et il est en mesure d'accueillir les patients ayant besoin d'être hospitalisés.

La prise en charge de l'urgence s'organise en lien avec les hôpitaux généraux dans le cadre de leurs services d'urgences auquel l'établissement participe, dans le cadre de conventions inter hospitalières.

TITRE II

**DISPOSITIONS RELATIVES À
L'ACCUEIL, AU SÉJOUR, ET À LA
SORTIE DES PATIENTS**

CHAPITRE 1

ADMISSIONS - DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 8- LES MODES D'ADMISSION

Article 8.1- Admission en Soins Psychiatriques Libres (SPL)

L'admission d'un patient en soins psychiatriques libres est réalisée conformément à la Loi 2011-803 du 5 juillet 2011 et aux dispositions réglementaires relatives aux modalités d'admission en Etablissements Publics de Santé codifiées dans le code de la santé publique (CSP).

Le demandeur est le patient, le plus souvent en accord avec son médecin traitant.

Toute personne se présentant à l'hôpital en vue d'une hospitalisation doit être obligatoirement examinée par un médecin, que la personne ait ou non un certificat de son médecin traitant.

Hospitalisation non justifiée

Après examen de la personne, le médecin peut estimer inutile de procéder à son hospitalisation. Dans ce cas, l'Administration doit être tenue informée de la venue du patient par la production d'un certificat de non admission.

Hospitalisation justifiée

Les soins psychiatriques libres nécessitent que le consentement éclairé de la personne soit recueilli. Il appartient au médecin lors de la consultation préalable à l'hospitalisation d'apprécier l'aptitude de la personne à consentir à ces soins.

Il est rappelé conformément aux articles L.3211.1 et L.3211.2 du CSP, que les droits et libertés individuelles des patients faisant l'objet de Soins Psychiatriques Libres sont identiques à ceux des personnes hospitalisées pour une autre cause que des troubles mentaux. Dès lors, la mise en œuvre de modalités de soins portant atteinte aux libertés individuelles du patient ne peut être envisagée qu'avec l'accord du patient. Si le médecin n'obtient pas cet accord, et s'il le juge nécessaire, il doit demander la transformation du mode d'hospitalisation du patient en soins psychiatriques sans consentement.

L'établissement ne doit pas assurer le transport du patient pour son admission.

Un bulletin de situation doit être remis à l'ambulancier.

Article 8.2- Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) ou pour péril imminent (SPPI)—Article L.3212.1 du Code de Santé Publique

Trois conditions doivent être réunies :

- La présence de troubles mentaux,
- L'impossibilité pour le patient de consentir aux soins,
- La nécessité de soins immédiats et d'une surveillance médicale constante ou régulière.

Le « tiers » peut être toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient

- Un membre de sa famille ou de son entourage,
- Une autre personne pouvant justifier de l'existence de relations avec le patient antérieures à la demande de soins (lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt du patient), à l'exclusion des personnels soignants qui exercent dans l'établissement d'accueil

Les formalités d'admission exigent :

- **Une demande d'admission manuscrite** présentée par un tiers datée et signée par la personne qui la formule et accompagnée d'une copie de sa carte d'identité. Elle comporte les nom, prénom, profession et résidence habituelle ou lieu de séjour, de la personne qui demande les soins et de celle pour qui les soins sont demandés; enfin, elle détaille la nature des relations qui existent entre elles et, s'il y a lieu, leur degré de parenté. Les personnels recevant le patient doivent s'assurer de l'identité du tiers demandeur et du patient (pièces d'identité).
- **Deux certificats médicaux horodatés** attestant que :

Les troubles rendent impossible le consentement de la personne.
Son état impose des soins immédiats et une surveillance constante.

Le premier certificat doit être établi par un médecin extérieur à l'Etablissement d'accueil. Le second est établi par un médecin pouvant exercer dans l'Etablissement. Les deux certificats doivent être concordants et circonstanciés

En cas de péril imminent pour la santé de la personne et d'impossibilité d'obtenir une demande de tiers à la date d'admission, le Directeur peut prononcer l'admission en soins psychiatriques au vu d'un certificat médical établi par un médecin qui ne peut exercer dans l'établissement accueillant. Le Directeur de l'établissement d'accueil informe, dans un délai de 24 h, sauf difficultés particulières, la famille de la personne qui fait l'objet de soins, ou la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé ou, à défaut, toute personne justifiant de l'existence de relations avec le patient, antérieures à l'admission en soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celle-ci.

En cas d'urgence et à titre tout à fait exceptionnel, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient et uniquement dans ce cas, le directeur peut prononcer l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin de l'établissement d'accueil (**article L.3212.3 du CSP**). Le certificat doit indiquer l'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient.

La demande d'un tiers reste indispensable. Dans ce cas, le deuxième certificat médical établi 24 h après l'admission doit être rédigé par un psychiatre distinct.

L'utilisation des SPDT « d'urgence » ne peut être envisagée que sur autorisation du cadre de Direction de garde.

Si le demandeur ne sait pas écrire, la demande d'admission doit être reçue par le Commissariat de Police, la Mairie ou le Directeur (par délégation, les cadres du service d'accueil et d'orientation).

Les pièces qui ont servi à l'admission et le certificat médical de 24 Heures sont envoyés à la Préfecture (ARS) et à la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP).

A son arrivée à l'EPS Barthélemy Durand, le patient est vu par le psychiatre du service ou le médecin de garde.

Le consentement aux soins du patient doit toujours être recherché et, à tout moment, les soins peuvent être poursuivis en hospitalisation libre.

Article 8.3- Admission en soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat (SPRE)

Selon les termes des articles L.3213.1 et L.3213.2 du CSP quatre conditions doivent être réunies :

- La présence de troubles mentaux
- L'impossibilité pour le patient de consentir aux soins
- La nécessité de soins
- L'atteinte à la sûreté des personnes ou, de façon grave, à l'ordre public.

En cas de danger immédiat pour la sûreté des personnes attesté par un avis ou un certificat médical, le maire prend toutes les mesures provisoires nécessaires à l'égard des personnes dont le comportement relève de troubles mentaux manifestes. Il en réfère dans les 24 heures au Préfet qui statue sans délai et établit, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques.

Le personnel soignant qui prend en charge la personne hospitalisée, consulte les éléments justificatifs d'identité disponibles, se fait obligatoirement remettre l'original de l'arrêté provisoire du maire daté signé et portant le cachet de la Mairie, ainsi qu'un original des pièces visées dans l'arrêté municipal (certificat médical d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement, rapport de police, pétition...).L'arrêté doit avoir été notifié au patient.

Les pièces nécessaires à l'admission et un certificat médical de 24 heures établi par un médecin de l'établissement sont envoyés à la Préfecture (ARS).

La décision d'admission est rendue par arrêté du représentant de l'Etat dans le département le Préfet, au vu d'un certificat médical circonstancié, ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil.

Le Directeur est chargé de l'exécution de l'Arrêté Préfectoral de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état qui doit être pris dans les 48 heures suivant l'admission. Faute de production de l'arrêté dans ce délai, la mesure provisoire est caduque.

Tout patient admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état reste hospitalisé sans consentement durant 48 heures même si le certificat médical rédigé dans les 24 heures ne confirme pas la nécessité de poursuivre les soins sur ce mode de prise en charge. Seul le courrier du Préfet stipulant le non maintien de la mesure permet la sortie immédiate du patient.

Article 8.4- Admission de patients en soins psychiatriques suite à une décision de justice

Lorsque l'état mental d'une personne qui a bénéficié d'un non lieu, d'une décision de relaxe ou d'un acquittement en application des dispositions de l'article 122.1 du code pénal pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, les autorités judiciaires avisent le représentant de l'Etat dans le département qui peut prononcer une mesure de soins psychiatriques, dans les conditions définies à l'article L.3213-1 du CSP.

Les autorités judiciaires peuvent également directement ordonner l'admission en soins psychiatriques en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale dans les mêmes conditions que celles définies à l'article L.3213.1 du CSP.

Article 8.5- Mesures communes aux patients suivis en SPDT–SPRE et SPPI

Période initiale d'observation et de soins

La personne admise en soins psychiatriques sans son consentement fait l'objet d'une période initiale d'observation et de soins sous la forme d'une hospitalisation complète sans consentement. Son avis et son consentement doivent être recherchés afin de l'associer aux soins qui lui sont prodigués.

Dans les 24 heures suivant l'admission, un médecin réalise un examen somatique complet. Puis un psychiatre de l'établissement établit un certificat médical constatant son état mental et confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques sans consentement au regard des conditions d'admission.

Dans les 72 heures suivant l'admission, un nouveau certificat médical est établi par le psychiatre de l'établissement (en cas d'urgence ou de péril imminent, le psychiatre est différent de celui qui a établi le certificat médical de 24 heures).

A l'issue des 72 heures en fonction de l'état de santé du patient, plusieurs possibilités s'ouvrent :

- La poursuite des soins psychiatriques sans consentement sous la forme de l'hospitalisation complète,
- La poursuite des soins psychiatriques sous une autre forme que l'hospitalisation complète incluant des soins ambulatoires,
- A tout moment de la prise en charge la contrainte peut être levée.

Programme de soins

Le programme de soins est un document écrit qui définit toutes les prises en charge hors hospitalisation complète. Il est établi et modifié par le psychiatre qui participe à la prise en charge de la personne en soins psychiatriques sans son consentement. Il indique les modalités de prise en charge :

- Hospitalisation à temps partiel (hôpital de jour, hôpital de semaine)
- Soins ambulatoires (CMP, CATTP)
- Soins à domicile
- Traitement médicamenteux prescrit dans le cadre des soins psychiatriques

Il précise, s'il y a lieu, la forme de l'hospitalisation partielle, la fréquence des consultations, des visites ambulatoires ou à domicile et, si elle est prévisible, la durée des soins.

Il mentionne tous les lieux de ces prises en charge. L'élaboration du programme et ses modifications sont précédées par un entretien au cours duquel le psychiatre recueille l'avis du patient, notamment sur le programme qu'il propose ou ses modifications, afin de lui permettre de faire valoir ses observations.

La mention de cet entretien est notée dans le programme de soins et le dossier médical du patient.

Ces soins ne peuvent être administrés de manière coercitive.

Un patient ne peut être conduit ou maintenu de force pour des séjours dans un établissement de santé, dès lors que ces séjours sont prévus dans le cadre d'un programme de soins. En revanche, le patient est informé qu'en cas d'inobservance de ce programme, il peut être ré-hospitalisé à temps complet.

Chaque fois que nécessaire, le psychiatre informe le patient de :

- sa situation juridique,
- ses droits,
- ses voies de recours et ses garanties.

Saisine du Juge des Libertés et de la Détention (JLD)

Les soins psychiatriques sous la forme de l'hospitalisation complète d'une personne sans son consentement ne peuvent se poursuivre sans que le JLD, saisi par le Directeur de l'établissement ou par le Préfet, n'ait statué sur cette mesure.

Cette saisine a lieu :

- **avant l'expiration d'un délai de 15 jours** à compter de l'admission du patient prononcée sans consentement,
- **avant l'expiration d'un délai de 6 mois** suivant la décision judiciaire si le patient a été maintenu en hospitalisation complète continue depuis cette décision.

Collège de soignants

Le Directeur de l'Etablissement convoque un collège composé de 3 membres appartenant au personnel de l'Etablissement :

- un psychiatre participant à la prise en charge du patient
- un soignant entrant dans la prise en charge du patient,
- un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient.

Ce collège doit donner un avis sur la nécessité de poursuivre les soins sous la forme contrainte en hospitalisation complète ou en programme de soins dans les cas suivants :

- SPDT ou SPPI tous les ans,
- SPRE (patients irresponsables pénalement ou patients ayant été admis en unité pour malades difficiles au cours des dix dernières années) tous les 6 mois ou pour toute modification de la prise en charge.

Registre de la Loi

L'Établissement tient un registre conformément aux dispositions de l'article L.3212-11 du CSP.

Ce registre concerne les patients admis en soins psychiatriques sur décision du Directeur ainsi que ceux admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

Il est soumis pour vérifications au représentant de l'Etat ou à son représentant, au Président du Tribunal de Grande Instance (TGI) ou à son délégué, au Procureur de la République ainsi qu'au Maire de la commune d'Etampes et à la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP). Ces personnes visitent l'établissement et, à l'issue de cette visite, apposent leur visa, leur signature et, s'il y a lieu formulent des observations.

ARTICLE 9- L'ACCUEIL DES PATIENTS

L'accueil des patients est assuré administrativement par le service d'accueil et d'orientation et le service des admissions. Après son orientation vers son secteur de rattachement, le patient est accueilli par l'ensemble de l'équipe médicale et soignante présente.

ARTICLE 10- L'ANONYMAT

Tout patient peut demander à ce qu'aucune indication ne soit donnée sur sa présence dans l'établissement. Il est néanmoins tenu de donner son identité au moment de son admission et est enregistré sous celle-ci dans le système d'information de l'établissement.

L'anonymat est total. Le service des admissions, le standard, le service d'accueil et d'orientation ne donnent aucune information sur la présence du patient en cas d'appels extérieurs ou de personnes qui se présentent en vue de rendre visite au patient.

ARTICLE 11- LE LIVRET D'ACCUEIL

Dès que l'état de santé du patient le permet, les soignants du service d'hospitalisation lui remettent un livret d'accueil contenant toutes les informations pratiques qui lui seront utiles pendant son séjour. La charte de la personne hospitalisée figure dans ce livret. Il comprend également un questionnaire de séjour.

ARTICLE 12- LE DEPOT DES OBJETS ET VALEURS

Lors de son admission, un inventaire des biens détenus par le patient est effectué. Celui-ci est invité à effectuer le dépôt des sommes d'argent et des objets de valeurs qui sont en sa possession auprès du régisseur sur les sites d'Etampes ou de Sainte-Geneviève-des-Bois.

Ces dépôts se font contre délivrance d'un reçu. Si l'état du patient ne permet pas ce dépôt un inventaire contradictoire des sommes d'argent et objets de valeurs est aussitôt dressé et signé par deux soignants.

En cas d'irrespect de cette procédure, l'établissement ne peut être tenu pour responsable de la perte ou de la disparition d'objets non déposés, sauf faute établie à son encontre ou à l'encontre d'une personne dont il doit répondre.

La responsabilité de l'établissement n'est pas non plus non engagée lorsque la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose, ni lorsque le dommage a été rendu nécessaire pour l'exécution d'un acte médical ou de soins.

ARTICLE 13- LA RESTITUTION DES OBJETS ET VALEURS

Les sommes d'argent ou objets de valeurs sont restitués aux patients par le régisseur sur présentation du reçu délivré lors du dépôt et d'une pièce d'identité.

Le patient peut se faire représenter par un mandataire muni du reçu, d'une pièce d'identité ainsi que d'une procuration sous seing privé.

Un an après la sortie ou le décès des patients, les objets abandonnés sont remis, selon la nature des biens, à la Caisse des dépôts et consignations ou au Service des domaines afin d'être vendus ou détruits.

Le montant de la vente ainsi que les valeurs sont acquis de plein droit au Trésor Public cinq ans après la vente ou la remise à la Caisse des dépôts et consignations, s'il n'y a pas eu dans l'intervalle réclamation du propriétaire, de ses représentants ou de ses créanciers

CHAPITRE 2

ADMISSIONS - DISPOSITIONS PARTICULIERES

ARTICLE 14- L'ADMISSION DES MINEURS

Article 14.1- L'hospitalisation psychiatrique d'un mineur avec accord du représentant légal

La décision d'admission en soins psychiatriques d'un mineur 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.

Le demandeur est le représentant légal du mineur c'est-à-dire : le père, la mère, le tuteur légal, l'autorité judiciaire ou l'aide sociale à l'enfance.

Si l'accord du représentant légal du mineur ne peut être recueilli, ou s'il y a désaccord entre le père et la mère, le médecin peut en cas d'urgence saisir le Juge des enfants ou le Procureur de la République afin de lui permettre de donner les soins qui s'imposent.

Dans le cas général, les mineurs sont admis en soins psychiatriques libres.

Les dispositions des SPDT et SPPI ne leur sont pas applicables

Toutefois, l'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat est possible si les circonstances l'exigent et si les conditions prévues par les textes sont remplies.

A l'admission du mineur, le médecin rédige un certificat.

L'établissement n'assure pas le transport du patient mineur lors de son admission sauf en cas de SPRE.

Article 14.2- L'hospitalisation psychiatrique d'un mineur sur ordonnance judiciaire

L'article 375.3 du Code Civil autorise le Juge à retirer l'enfant de son milieu naturel pour le confier à un service ou établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé.

Toutefois, la décision d'hospitalisation d'un mineur dans l'établissement est ordonnée après avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement pour une durée ne pouvant excéder 15 jours.

La mesure peut être renouvelée après avis médical conforme d'un psychiatre de l'établissement d'accueil pour une durée d'un mois renouvelable.

En effet, le placement d'un mineur sur ordonnance judiciaire dans un établissement recevant des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, n'est possible que si deux documents sont remplis :

- un avis médical circonstancié d'un praticien extérieur à l'établissement,
- l'ordonnance de placement provisoire qui doit indiquer une durée initiale d'hospitalisation réduite à 15 jours. La durée peut être prolongée conformément à l'avis du praticien de l'établissement d'accueil.

L'accord du représentant légal doit être obtenu avant toute sortie en permission d'un mineur.

ARTICLE 15- L'ADMISSION DE DETENUS

Pour les personnes hospitalisées en vertu de l'article D.398 du Code de procédure pénale, se référer au chapitre 5 du présent règlement.

ARTICLE 16- L'ADMISSION DE TOXICOMANES

Les toxicomanes qui se présentent spontanément dans un établissement hospitalier 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 le simple usage de stupéfiants, par exemple en cas de trafic avéré de ces substances dans l'établissement.

Ces personnes peuvent demander aux médecins qui les ont traités un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement.

L'admission et le départ des personnes auxquelles l'autorité judiciaire ou l'autorité sanitaire ont enjoint de se soumettre à une cure de désintoxication ont lieu dans les conditions prévues par les articles L.3413-1 à L.3413-3 du CSP

CHAPITRE 3

SEJOUR HOSPITALIER

SECTION I - DROITS ET INFORMATIONS DU PATIENT

ARTICLE 17- L'INFORMATION DU PATIENT SUR SA SITUATION

L'hôpital est tenu de procéder à l'information de la personne sur sa situation juridique et ses droits. Cette information doit être effectuée avec soin dès l'admission et être renouvelée à chaque demande du patient en cours de séjour. Elle doit permettre au patient de prendre connaissance des modalités de son séjour (durée évaluée, examens médicaux périodiques, droit de visite, voies de recours éventuelles, programmes de soins,...).

Cette obligation d'information résulte du principe général du droit administratif en vertu duquel une décision individuelle défavorable n'est opposable à celui qu'elle vise qu'une fois qu'elle lui a été notifiée (loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 modifiée, article 8).

Cette information sera en principe effectuée oralement, mention en étant faite au dossier du patient. Elle doit être formulée à nouveau au patient une fois ce dernier revenu à meilleur discernement et, au plus tard à chaque éventuel renouvellement de la mesure, c'est-à-dire tous les mois, selon le cas (soins psychiatriques sur demande d'un tiers ou sur demande du représentant de l'Etat).

Parallèlement, le patient en soins psychiatriques sur demande d'un tiers ou sur demande du représentant de l'Etat est informé par courrier de sa date et de son mode d'hospitalisation et des voies de recours dont il dispose.

Cette notification fait l'objet d'une information délivrée par les soignants. Une attestation de remise est alors signée par le patient ou dans l'hypothèse où il ne sait pas écrire par deux soignants de l'unité d'hospitalisation.

ARTICLE 18- L'INFORMATION SUR SON ETAT DE SANTE

L'information doit être une pratique constante et continue, répétée et modulée en tant que de besoin, pour que le patient prenne connaissance de ce qui se décide, des éventuelles alternatives envisageables et ceci concerne en principe aussi bien le diagnostic que les modalités de traitement, les effets secondaires des médicaments, etc.

Si le patient est placé sous tutelle, son droit à l'information est exercé par le tuteur. Celui-ci doit recevoir l'information dans les conditions où elle est délivrée pour un patient qui n'est pas sous tutelle. Les patients sous tutelle ont cependant le droit de recevoir eux-mêmes l'information qui les concerne et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée à leurs facultés de discernement (article L.1111-2).

Lorsque le consentement ne peut être obtenu et que les soins doivent être engagés contre le gré du patient, l'information n'en demeure pas moins une exigence fondamentale et doit être délivrée en proportion des capacités du patient à la recevoir.

Elle doit être renouvelée autant de fois que nécessaire, en tentant de s'assurer de la bonne compréhension de ce qui est expliqué.

Le fait que les soins soient dispensés sans consentement ne doit aucunement altérer le droit à l'information dont doit bénéficier la famille, les proches ou, le cas échéant, la personne de confiance.

ARTICLE 19- L'INFORMATION EN COURS DE SEJOUR

Les patients sont informés du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins, par des moyens appropriés.

En sus du droit à l'information, toute personne hospitalisée sans consentement dispose dès son admission et tout au long de son séjour d'un certain nombre de droits, dont certains relèvent des libertés individuelles fondamentales.

Ces droits, peuvent également être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade.

ARTICLE 20- LA DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

La loi prévoit que toute personne majeure peut désigner une personne de confiance (article L.1111-6 du CSP). Cette disposition à caractère général a pour but de faciliter la relation médecin-patient lorsque ce dernier dispose d'une lucidité amoindrie ou défaillante et d'aider alors l'équipe médicale –ainsi pourvue d'un interlocuteur référent dans l'entourage du patient– dans ses décisions.

La désignation de la personne de confiance, effectuée par écrit, suppose que le patient dispose manifestement de la lucidité pour y procéder.

Elle doit en principe être proposée à tout patient hospitalisé. La personne de confiance doit être distinguée de la « personne à prévenir » en cas d'aggravation de l'état de santé (ou décès) sauf désignation d'une même personne par le patient

A tout moment, l'intéressé peut révoquer la désignation de la personne de confiance. L'équipe devra en tenir compte dès lors que cette révocation paraît résulter d'une décision lucide.

La personne de confiance peut accompagner le patient en soins psychiatriques contraints lors de sortie de courte durée (moins de 12 heures)

La désignation d'une personne de confiance est exclue lorsque le patient est placé sous tutelle. Le tuteur désigné devient alors en effet l'interlocuteur premier de l'équipe hospitalière.

ARTICLE 21- L'EGAL ACCES AUX SOINS

Toute personne a droit à un égal accès aux soins nécessités par son état de santé ainsi qu'à la continuité de ceux-ci.

ARTICLE 22- LE LIBRE CHOIX DE L'ETABLISSEMENT ET DU PRATICIEN

Les patients disposent du droit de s'adresser à l'établissement de leur choix. Au sein de cet établissement, ils disposent du droit de s'adresser au praticien de leur choix.

L'organisation de la psychiatrie en secteurs géographiques ne fait pas obstacle à l'exercice de ce droit, mais les nécessités d'organisation des services résultant de cette sectorisation, tenant notamment aux places et au personnel disponibles, ne permettent pas toujours de tenir compte de ce choix.

Les patients hospitalisés sans consentement ne disposent pas du libre choix de l'établissement et de son praticien.

Pour les personnes hospitalisées en vertu de l'article D.398 du Code de procédure pénale, se référer au chapitre 5 du présent règlement.

ARTICLE 23- LE PRINCIPE D'EXERCICE DES DROITS ET LIBERTES INDIVIDUELLES

Les droits liés à l'exercice des libertés individuelles **des personnes en soins psychiatriques avec leur consentement** sont régis par les dispositions de l'article L.3211-2 du code de la santé. Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux patients libres soignés pour une autre cause.

Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état de la personne le permet. Ces droits sont résumés dans la charte de la personne hospitalisée.

En ce qui concerne un patient admis **en soins psychiatriques sans son consentement** selon l'article L.3211-3 du code de la santé, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

Avant chaque décision prononçant le maintien des soins ou définissant la forme de la prise en charge, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état.

L'avis de cette personne sur les modalités des soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible.

En tout état de cause, elle dispose du droit :

- de communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L.3222-4 (le préfet ou son représentant, le président du tribunal de grande instance ou son délégué, le procureur de la république, le maire de la commune ou son représentant)
- de saisir la Commission Départementale des Soins Psychiatriques
- de saisir la Commission des Relations avec les Usagers et la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC)
- de prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat de son choix
- de porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence
- d'émettre ou de recevoir des courriers
- de consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent
- d'exercer son droit de vote
- de se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

ARTICLE 24- LE RESPECT DE LA DIGNITE

Le patient a droit au respect de sa dignité et de sa tranquillité.

ARTICLE 25- LE PRINCIPE DE NON-DISCRIMINATION

Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.

ARTICLE 26- LE PRINCIPE DE LA LUTTE CONTRE LA DOULEUR

Toute personne 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.

ARTICLE 27- L'AUTORISATION D'OPERER

Par principe, en cas d'opération chirurgicale ou d'examens d'aide au diagnostic à réaliser, le consentement du patient doit être recueilli quel que soit son mode d'hospitalisation, sauf en cas d'urgence et dans les hypothèses dans lesquelles le consentement ne peut être exprimé.

En cas d'incapacité légale, l'autorisation d'opérer est délivrée par la personne compétente selon les régimes d'incapacité.

ARTICLE 28- LA NON DIVULGATION DE LA PRESENCE DANS L'ETABLISSEMENT

Les hospitalisés peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé.

En l'absence d'opposition des intéressés, les indications d'ordre médical – telles que diagnostic et évolution de la maladie ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions définies par le Code de déontologie ; les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis par les soignants infirmiers, aux membres de la famille sauf si le patient s'y oppose.

ARTICLE 29- LA PREVENTION DE LA MALTRAITANCE

Le Conseil de l'Europe définit la maltraitance comme « tout acte ou omission qui a pour effet de porter gravement atteinte, que ce soit de manière volontaire ou involontaire, aux droits fondamentaux, aux libertés civiles, à l'intégrité corporelle, à la dignité ou au bien-être général d'une personne vulnérable ».

Le Médiateur de la République a donné une définition large des violences susceptibles de faire l'objet d'un recours : ordres, interdictions reproches, indifférence, privation de visites, humiliation, infantilisation, absence de prise en compte de la douleur, acharnement thérapeutique, excès de médicaments, toilettes imposées, gifles, sévices sexuels, vols d'argent ou d'objets, matériel inadapté, non-respect du consentement.

Si le patient s'estime victime de maltraitance, il peut saisir le Directeur dans les conditions définies dans l'article 36 du présent règlement intérieur.

ARTICLE 30- LE SECRET PROFESSIONNEL

Toute personne prise en charge par l'établissement a droit au respect de sa vie privée et des informations la concernant.

Le secret professionnel couvre toutes les informations dont dispose le médecin et l'ensemble du personnel de l'établissement.

Il s'impose à tout professionnel de santé, sauf les cas où la loi autorise ou oblige la divulgation de ces informations.

ARTICLE 31- LA LIBERTE D'ALLER ET DE VENIR

Tout patient hospitalisé, sous le régime des soins psychiatriques libres, dispose du droit d'aller et de venir librement au sein de l'établissement.

Des restrictions aux conditions d'exercice de cette liberté peuvent cependant, exister pour motif thérapeutique.

Un document d'information relatif à l'exercice de ce droit est remis aux patients hospitalisés en soins psychiatriques libres à leur admission. Une attestation de remise en fait foi.

ARTICLE 32- L'EXERCICE DU CULTE

Les patients peuvent exercer librement leurs activités religieuses.

Sur demande de leur part adressée à l'administration de l'établissement, la visite du ministre du culte de leur choix est organisée.

La liberté de culte ne doit pas porter atteinte à la qualité des soins, à la tranquillité des autres patients et de leurs proches, ainsi qu'au fonctionnement régulier du service.

Tout prosélytisme est interdit.

ARTICLE 33- LE DROIT DE VOTE

Sous réserve d'incapacité légale (condamnation, mesure de tutelle), le patient peut exercer son droit de vote.

ARTICLE 34- LE SUIVI SCOLAIRE

Dans la mesure où les conditions d'hospitalisation le permettent, les enfants en âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté.

ARTICLE 35- LA CORRESPONDANCE

Les patients disposent du droit d'émettre et de recevoir des courriers, selon les modalités fixées par le livret d'accueil.

Pour les personnes hospitalisées en vertu de l'article D.398 du Code de procédure pénale, se référer au chapitre 5 du présent règlement.

ARTICLE 36- LES PLAINTES ET RECLAMATIONS

Les patients disposent du droit d'adresser une plainte ou une réclamation écrite au Directeur de l'établissement ou de consigner celles-ci par écrit aux mêmes fins, une copie leur étant alors délivrée.

Ils peuvent également prendre rendez-vous avec le Directeur adjoint chargé des Relations avec les Usagers (DRU) afin de faire connaître leurs réclamations oralement ou leurs observations.

Ils peuvent, toujours, sous forme amiable non contentieuse, saisir la commission des usagers (voir l'article 5 5 Titre I du présent règlement intérieur).

Dans ce cas, un médiateur (médical ou/et non médical) peut être saisi par le patient ou par le Directeur de l'Etablissement.

Ce dernier, après rencontre avec le patient auteur de la plainte ou de la réclamation, transmet un compte rendu au patient ainsi qu'à la commission des usagers.

Par ailleurs, la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) peut être saisie, directement par le patient, au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes.

En toutes hypothèses, le patient dispose du droit de communiquer avec le Préfet de l'Essonne, le Président du tribunal de grande instance, le Procureur de la République, selon les modalités définies par le livret d'accueil, ainsi que de prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat de son choix.

ARTICLE 37- L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

La loi du 4 mars 2002 modifiée sur les droits des patients et la qualité du système de santé a établi les règles désormais applicables à l'accès par le patient (et le cas échéant, s'il est décédé, par ses ayants droit ou par le tuteur si le patient est sous tutelle), aux informations concernant sa santé qui sont détenues par l'hôpital ou ses personnels. Le Code de la santé publique dispose explicitement que les établissements de santé sont tenus de communiquer aux personnes recevant ou ayant reçu des soins, sur leur demande, ces informations médicales (article L.1112-2 modifié du CSP).

Le patient peut à ce titre accéder aux informations qui le concernent « *directement* » ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne (article L.1111-7 modifié). Il peut les consulter sur place à l'hôpital ou en obtenir communication par la remise de copies des documents, s'il en formule la demande.

ARTICLE 38- LES DROITS RELATIFS AU TRAITEMENT DES DONNEES INFORMATISEES

Toute personne a le droit de s'opposer, pour des raisons légitimes, au traitement de données nominatives la concernant.

De même, elle peut exiger que soient rectifiées ou effacées des informations la concernant qui seraient inexactes ou dont la collecte serait interdite.

Ces informations sont soumises aux exigences de confidentialité, de traçabilité et de disponibilité des informations.

Ces droits sont rappelés dans le livret d'accueil.

Un protocole n° 216 200 définit les modalités d'accès aux informations personnelles relatives à la santé des patients détenues par l'Etablissement public de santé Barthélemy Durand.

ARTICLE 39- DIRECTIVES ANTICIPEES

Pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté, toute personne majeure peut rédiger des « directives anticipées ».

Ces directives anticipées informent sur les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement ; elles sont révocables à tout moment.

Le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement concernant le patient, sous réserve que ces directives aient été établies moins de trois ans avant son état d'inconscience.

SECTION 2 - VIE QUOTIDIENNE

ARTICLE 40- LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS PROTEGES

Les biens des majeurs protégés hospitalisés dans l'établissement sont administrés dans les conditions prévues par la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs. L'établissement dispose d'un mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM).

Toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté, peut bénéficier d'une mesure de protection juridique dans les conditions et selon les modalités prévues aux articles 425 à 440 du Code Civil (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle, mesure d'accompagnement judiciaire). S'il n'en est disposé autrement, la mesure est destinée à la protection tant de la personne que des intérêts patrimoniaux de celle-ci.

A noter que l'hospitalisation en établissement psychiatrique d'un patient n'entraîne, par elle-même, aucune conséquence sur la capacité de ce patient et la gestion de ses biens.

Article 40.1- La mise sous protection juridique

La loi prévoit trois régimes de protection pour toute personne majeure souffrant d'une altération de ses facultés mentales ou corporelles, qui la met en difficulté pour s'occuper seule de ses intérêts : la sauvegarde de justice, la curatelle et la tutelle.

Ces mesures sont gouvernées par trois règles communes :

- L'avis médical, indispensable dans tous les cas ;
- La préférence familiale pour exercer la protection (si la famille ne peut ou ne veut l'exercer, il est fait appel à un tiers, administrateur spécial, privé ou associatif, ou gérant de tutelle hospitalier) ;
- La protection du domicile du majeur protégé, dont on ne peut disposer (location, vente, résiliation de bail) sans autorisation spéciale du juge accordée sur avis médical circonstancié.

Article 40.2- La sauvegarde de justice

C'est une procédure simple qui peut s'appliquer en urgence pour les personnes qui ont besoin d'être protégées dans les actes de la vie civile ; la sauvegarde est limitée dans ses effets et provisoire (valable deux mois et renouvelable par période de six mois).

Elle est mise en place par une déclaration du médecin traitant (accompagnée de l'avis d'un psychiatre ou d'un gériatre) au Procureur de la République.

Le majeur conserve l'exercice de tous ses droits civils, mais la sauvegarde permet d'annuler plus facilement des actes qui lui seraient préjudiciables (ventes, achats...).

Article 40.3- La curatelle

La curatelle est destinée aux personnes qui, sans être hors d'état d'agir elles-mêmes, ont besoin d'être conseillée ou contrôlées dans les actes de la vie civile.

Le juge désigne directement le curateur (conjoint, membre de la famille, ami, association tutélaire, mandataires judiciaires à la protection des majeurs qui exercent soit dans un service de MJPM, soit à titre libéral, soit en qualité de préposé d'établissement.

La curatelle entraîne une incapacité partielle. Pour les actes importants qui sont définis par décret, l'autorisation du curateur est nécessaire sous peine de nullité. Il faut distinguer :

- **La curatelle simple** : le majeur effectue seul les actes courants (perception des revenus, règlement des dépenses), mais l'accord du curateur est obligatoire pour les actes importants de nature patrimoniale (vente ou achat immobilier, résiliation de bail, placement de fonds, acceptation ou refus de succession...);
- **La curatelle renforcée** : le curateur effectue seul les actes courants (perception des revenus, règlement des dépenses), mais les actes importants de nature patrimoniale comportent la double signature du majeur et de son curateur (en cas de conflit, le juge peut autoriser le majeur ou le curateur à agir seul).

Article 40.4- La tutelle

La tutelle est destinée aux personnes qui ont besoin d'être représentées de manière continue dans les actes de la vie civile.

La tutelle est presque toujours organisée sous des formes simplifiées. Dans tous les cas, le juge nomme directement le tuteur. La personne protégée peut choisir par avance la personne qui sera nommée tuteur ou curateur. Ce choix s'impose au juge.

La tutelle entraîne une incapacité civile complète. Le majeur est représenté dans les actes de la vie civile par le tuteur ou la personne qui en tient lieu.

Le gérant de tutelle ou l'administrateur légal effectue seul tous les actes ordinaires (perception des revenus, règlement des dépenses, entretien du majeur), mais il a besoin de l'accord du juge des tutelles pour les actes importants de nature patrimoniale ou personnelle (choix du lieu de vie, certains actes médicaux importants...).

Il faut une décision du juge pour que le majeur perde le droit de vote.

Article 40.5- Les règles communes à la tutelle et à la curatelle

Ces mesures de protection peuvent être demandées par l'intéressé, son conjoint, ses frères et sœurs, ses ascendants et descendants, les alliés, les personnes qui entretiennent des relations stables et étroites avec la personne à protéger (un directeur d'hôpital, un médecin, un assistant socio-éducatif, etc.).

Il n'est plus possible (depuis la loi de réforme du 5 mars 2007) de saisir directement le juge, il est nécessaire désormais de s'adresser au Procureur de la République qui décidera ou non de saisir le juge.

Ces mesures sont prononcées par le juge des tutelles du Tribunal d'instance du domicile de l'intéressé. Il rend son jugement au vu des éléments suivants :

- Un rapport social contenant toutes les informations concernant le majeur, sa famille, sa situation patrimoniale, ses dettes, etc.

- Un certificat d'un médecin agréé par les tribunaux : il s'agit d'une liste dressée par le Procureur de la République (à ne pas confondre avec les médecins experts auprès des tribunaux)
- Une audition de l'intéressé
- Une audition des membres de sa proche famille
- L'avis du Procureur de la République

La fin de la mesure a lieu par un jugement de mainlevée, par péremption ou par la transformation d'une mesure en une autre. En effet, depuis la loi de réforme de 2007 les mesures sont désormais prononcées pour une durée déterminée, sauf exception liée à l'état de santé de la personne protégée.

ARTICLE 41- LE SERVICE SOCIAL

Un service social est à la disposition des patients et de leurs familles, dans chaque secteur.

Ses modalités de fonctionnement sont définies par le livret d'accueil.

ARTICLE 42- LE CENTRE SOCIAL

L'établissement dispose d'un centre social, regroupant diverses activités et services.

Ses modalités et ses horaires sont définis par le livret d'accueil.

ARTICLE 43- L'HYGIENE A L'HOPITAL

Une stricte hygiène corporelle est de règle à l'hôpital. Chacun est tenu de l'observer.

ARTICLE 44- LES CHAMBRES DES PATIENTS

L'établissement dispose de chambres de un à deux lits. Elles sont attribuées par l'équipe soignante et médicale en fonction des indications thérapeutiques et/ou des disponibilités.

Les patients hospitalisés ne peuvent interdire ou limiter l'accès de leur chambre au personnel hospitalier. Ce dernier veille à respecter l'intimité du patient.

Les patients hospitalisés ne sont pas autorisés à pénétrer dans les chambres d'autres patients, sans leur accord

ARTICLE 45- LES REPAS

Les modalités de prise des repas sont définies par le livret d'accueil et organisées au sein de chaque service.

ARTICLE 46- LES RELATIONS ENTRE PATIENTS

Tout moment passé avec un autre patient doit se faire avec l'accord de celui-ci et de son plein gré.

ARTICLE 47- L'UTILISATION DU TELEPHONE

Les personnes hospitalisées ont la possibilité de conserver et d'utiliser leur téléphone portable, leurs appareils communicants ainsi que leurs accessoires, sous leur propre responsabilité, conformément à l'article 12 du présent règlement.

L'utilisation de ces objets ne doit pas troubler la tranquillité des patients, le fonctionnement de l'établissement et le droit à l'image de chacun. Conformément à l'article 9 du Code civil et à l'article 226-1 du Code Pénal, la captation de son ou d'image au sein de l'établissement est interdite, de même que la conservation et la diffusion de celle-ci.

L'accès au téléphone portable et à tout objet communicant peut être limité ponctuellement, sur prescription médicale.

Les téléphones portables et les objets communicants doivent être éteints avant toute consultation médicale ou infirmière. Il peut également être demandé aux personnes hospitalisées d'éteindre leur téléphone et leurs objets communicants avant une activité ou un entretien pour ne pas le perturber.

Par ailleurs, des téléphones fixes sont présents dans chaque service de l'établissement.

Pour les personnes hospitalisées en vertu de l'article D.398 du Code de procédure pénale, se référer au chapitre 5 du présent règlement

ARTICLE 48- L'UTILISATION DE LA TELEVISION

Chaque service est doté de deux salles de télévision.

En aucun cas, leur usage ne doit gêner le repos et le confort des autres patients.

ARTICLE 49- L'ACCES INTERNET

Les patients disposent sur autorisation médicale d'un accès internet situé aux ateliers centraux. Cette activité gérée par un responsable du centre social se déroule dans le respect du cadre réglementaire et des exigences ou limites liées aux soins. Les utilisateurs doivent demander leur inscription auprès du cadre de leur unité d'hospitalisation.

ARTICLE 50- LA PRESENCE D'ANIMAUX

Les animaux domestiques ne peuvent être introduits dans l'établissement, à l'exception des chiens guides d'aveugle.

ARTICLE 51- L'USAGE DU TABAC ET DE LA CIGARETTE ELECTRONIQUE

Il est interdit de fumer dans les bâtiments de l'établissement (décret 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif).

Dans l'attente d'éventuelles directives officielles, l'usage de la cigarette électronique doit obéir aux mêmes règles. Son usage est donc interdit dans les bâtiments de l'établissement.

ARTICLE 52- L'ALCOOL ET LES SUBSTANCES ILLICITES

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

Le cadre de santé et le personnel soignant du service s'oppose, dans l'intérêt du patient, à la remise à celui-ci de denrées ou boissons même non alcoolisées qui ne sont pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit. Les denrées et boissons introduites en fraude sont détruites.

La détention par les patients de produits et substances toxiques illicites étant interdite, ces substances sont immédiatement confisquées par le personnel soignant en vue de leur remise aux services de police.

Le trafic de ces substances illicites au sein de l'établissement ou l'offre entre patients de ces mêmes substances, sont considérés comme des éléments aggravants détachables du simple usage et de nature à lever la règle de l'anonymat attachée au secret professionnel.

Les cas de trafic de substances illicites, notamment de stupéfiants, seront signalés au Directeur qui prendra toutes mesures utiles pour en informer le Procureur de la République, en application de l'article 40 du code de procédure pénale.

ARTICLE 53- LE RESPECT DES LOCAUX ET DES EQUIPEMENTS

Les patients hospitalisés veillent à respecter le bon état des locaux et objets et matériels qui sont mis à leur disposition. Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner la sortie du patient. Chaque patient reste civilement, voire pénalement, responsable de ses actes et doit en assumer les conséquences, notamment financières.

ARTICLE 54- LES OBLIGATIONS A LA CHARGE DES PATIENTS

Chacun se doit de respecter les membres du personnel et les autres patients, ce qui exclut toute forme de violence physique ou verbale.

Il est demandé à chacun de respecter la dignité, le repos et la tranquillité des autres patients.

Lorsqu'un patient, dûment averti, cause des désordres persistants, le Directeur prend, avec l'accord du médecin chef de service, toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement jusqu'au prononcé de la sortie de l'intéressé.

SECTION 3 - MODALITES D'EXERCICE DES VISITES

ARTICLE 55- LE DROIT DE REFUS DE VISITES

Les patients peuvent indiquer aux cadres de santé du service les noms des personnes dont ils ne souhaitent pas recevoir les visites.

ARTICLE 56- LES MODALITES D'EXERCICE DES VISITES

L'accès de l'établissement est réservé à ceux qui y sont appelés par leurs fonctions et aux personnes qui viennent voir un patient aux heures de visites.

Toute autre personne ou institution étrangère au service ne peut pénétrer dans l'établissement qu'avec l'autorisation du Directeur ou de son représentant, qui sollicite, si besoin est, l'avis du ou des chefs de service concernés.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas accès aux patients, sauf accords de ceux-ci et autorisation écrite donnée par le Directeur.

Pour les personnes hospitalisées en vertu de l'article D.398 du Code de procédure pénale, se référer au chapitre 5 du présent règlement.

ARTICLE 57- L'ORGANISATION DES VISITES

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

Le nombre de visiteurs pourra être limité par l'équipe soignante.

Le médecin peut aménager, limiter ou interdire temporairement les visites, s'il y a une contre-indication médicale ou une nécessité de service.

Afin de faciliter les relations des patients avec leurs enfants, les visites de mineurs peuvent être autorisées sur avis médical. Les visites sont alors programmées et organisées dans une salle réservée à cet effet commune à tous les secteurs d'hospitalisation.

Sauf autorisation exceptionnelle, les visiteurs n'ont pas accès aux chambres mais une salle est à la disposition des familles dans chaque unité d'hospitalisation.

Les modalités des visites sont présentées dans le livret d'accueil.

ARTICLE 58- LES HORAIRES DES VISITES

Les visites ont lieu en principe entre 13 h et 19 h 30, tous les jours.

Cependant, les médecins chefs de service peuvent être conduits à aménager ces horaires suivant les nécessités du service.

Des dérogations aux horaires peuvent être autorisées exceptionnellement à titre individuel, avec l'accord du médecin responsable, lorsqu'elles ne troublent pas le fonctionnement du service.

ARTICLE 59- LE COMPORTEMENT DES VISITEURS

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des malades ni gêner le fonctionnement des services.

Il est interdit en toutes circonstances aux patients et aux visiteurs d'introduire dans l'établissement des objets dangereux tels que des armes, des boissons alcoolisées et toute substance illicite ainsi que des médicaments.

La remise de denrées alimentaires ou de boissons même non alcoolisées qui ne sont pas compatibles avec le régime alimentaire sont proscrites.

Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visites peuvent être décidées par le Directeur de l'établissement, avec le cas échéant appel aux forces de police.

ARTICLE 60- L'INTERDICTION DES POURBOIRES

Les personnels de l'établissement ne peuvent pas accepter de rémunérations ou pourboires de la part des patients et des visiteurs.

ARTICLE 61- LA VOIRIE HOSPITALIERE

Les voies de circulation et les parkings de l'ensemble du site de l'établissement sont des zones ouvertes à la circulation du public autorisé.

Le code de la route est applicable sur l'ensemble du site hospitalier.

Les autorités hospitalières créent, aménagent et organisent l'accès, les voies de circulation et les stationnements conformément aux besoins du service public hospitalier et en fonction des nécessités inhérentes à son activité.

Un contrôle d'accès est instauré à l'entrée du site étampois de l'EPS Barthélemy Durand auquel chacun doit se conformer suivant les modalités de contrôle et d'accès prévues pour la catégorie à laquelle il appartient (usagers, personnel, visiteurs etc.).

L'établissement décline toute responsabilité en cas d'accident de la circulation, de vol, de dégradation de véhicules sur le site hospitalier.

L'établissement se réserve le droit d'interdire, temporairement ou définitivement, l'accès en véhicule au site aux personnes qui ne respecteraient pas ces dispositions, entraveraient la circulation, mettraient en péril la sécurité des personnes et des biens, ou d'une manière générale, compromettraient le bon fonctionnement du service public hospitalier.

Les patients ne peuvent pas circuler au sein de l'établissement avec leur véhicule personnel. Celui-ci devra être stationné à l'extérieur de l'enceinte de l'établissement, sur les emplacements prévus à cette fin.

Dans le cadre du contrat de soins, il peut être demandé au patient de remettre ses clés de voiture au personnel soignant.

CHAPITRE 4

MODALITES DE SORTIES

ARTICLE 62- LES MODALITES DE SORTIE EN SOINS PSYCHIATRIQUES LIBRES (SPL)

Le Directeur prononce la sortie sur proposition d'un médecin de l'établissement

En cas de sortie contre avis médical, un médecin de l'établissement demande au patient de signer une décharge de responsabilité et s'il refuse, un procès-verbal de ce refus doit être dressé par deux agents du service. Lorsque le médecin estime qu'il n'y a pas de danger à laisser sortir le patient, il établit un certificat médical de sortie.

Si le médecin estime qu'il y a un danger à laisser sortir le patient, il peut recourir aux soins sans consentement pour prolonger la prise en charge du patient contre sa volonté. Selon la situation, le médecin demande des soins psychiatriques à la demande d'un tiers, des soins d'urgence ou des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

Lors de sa sortie, le patient se fait remettre un bulletin de sortie nécessaire à la justification de ses droits. Il complète son dossier administratif et reçoit l'information sur les éventuels frais consécutifs à l'hospitalisation.

Si le patient est sous tutelle le bulletin de sortie ne doit pas être remis au patient (voir les modalités avec le service des tutelles).

Le transport du patient sortant n'est pas à la charge de l'établissement. Il est tenu à la disposition du patient, au sein de chaque service une liste complète des véhicules agréés (taxis, VSL, ambulances) du Département afin qu'il puisse effectuer un choix.

Les sorties sans autorisation des patients en soins psychiatriques libres sont signalées lorsque ces personnes représentent un danger pour elles-mêmes ou pour les tiers.

ARTICLE 63- LES MODALITES DE SORTIE EN SOINS PSYCHIATRIQUES CONTRAINTS

Article 63.1- Sorties accompagnées de courte durée pour les SPDT, SPPI et SPRE (maximum 12 heures)

Pour motif thérapeutique ou si des démarches extérieures s'avèrent nécessaires, les personnes en hospitalisation complète sans consentement peuvent bénéficier d'autorisations de sorties de l'établissement n'excédant pas 12 heures.

Le psychiatre doit en préciser les modalités sur le certificat médical prévu à cet effet.

La personne est accompagnée, pendant toute la durée de la sortie, par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement et/ou un membre de sa famille ou par la personne de confiance qu'elle a désignée.

Article 63.2- La sortie définitive en SPDT ou SPPI

La sortie est prononcée par le directeur au vu d'un certificat médical circonstancié de levée de la mesure de soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou pour péril imminent établi par un médecin de l'établissement.

La sortie peut aussi être décidée sur ordre préfectoral ou par l'autorité judiciaire.

La sortie peut être demandée par un tiers, plus précisément par une des personnes énumérées à l'article L.3212.9 du CSP : on parle alors de sortie requise. Il s'agit de la personne qui a signé la demande d'admission ou du curateur, du conjoint, du concubin, des ascendants, des descendants majeurs, de toute personne autorisée par le conseil de famille ou par la CDSP.

→ **Si le médecin n'est pas opposé à la sortie requise**

Il rédige un certificat médical circonstancié de sortie requise qui **doit obligatoirement** comporter les renseignements suivants :

- L'évolution ou la disparition des troubles ayant justifié l'hospitalisation conformément à l'article L.3212-8 du CSP,
- L'éventuelle poursuite de la prise en charge sous la forme de soins psychiatriques libres ou la sortie définitive.

→ **Si le médecin estime qu'il y a péril imminent pour le patient, une menace pour l'ordre public ou la sûreté des personnes à le laisser sortir,**

Il établit un certificat médical circonstancié attestant d'un péril imminent pour le patient en cas d'arrêt des soins. Le Directeur peut alors s'opposer à cette sortie.

Il en informe, sans délai, le tiers qui demande la sortie requise en lui faisant signer la décision de refus.

Par ailleurs, lorsqu'une levée de la mesure sur demande d'un tiers est demandée, le médecin, s'il est d'avis que le patient pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, peut initier la procédure qui permet au Préfet d'ordonner immédiatement une mesure de soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat.

Le transport du patient sortant n'est pas à la charge de l'établissement. Il est tenu à la disposition du patient, au sein de chaque service une liste complète des véhicules agréés (taxis, VSL, ambulances) du Département afin qu'il puisse effectuer un choix.

Lors de sa sortie, le patient se fait remettre un bulletin de sortie nécessaire à la justification de ses droits. Il complète son dossier administratif et reçoit l'information sur les éventuels frais consécutifs à l'hospitalisation.

En cas de sortie sans autorisation, celle-ci fait l'objet d'un signalement aux autorités de police et de gendarmerie et au tiers demandeur.

Article 63.3- Les modalités de sortie en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPRE)

Le patient hospitalisé en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état ne peut quitter l'établissement que suite à un arrêté préfectoral ordonnant sa sortie ou suite à une décision judiciaire (ordonnance de mainlevée du juge des libertés et de la détention).

Les patients en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état admis suite à une décision de justice au titre de l'article 122-1 du code pénal ou 706-135 du code de procédure pénale ne peuvent quitter l'établissement que sur arrêté préfectoral établi au vu d'une expertise médicale effectuée par deux médecins psychiatres extérieurs à l'établissement.

Lors de sa sortie, le patient se fait remettre un bulletin de sortie nécessaire à la justification de ses droits. Il complète son dossier administratif et reçoit l'information sur les éventuels frais consécutifs à l'hospitalisation.

Le transport du patient sortant n'est pas à la charge de l'établissement. Il est tenu à la disposition du patient, au sein de chaque service, une liste complète des ambulances agréées du département afin qu'il puisse effectuer son choix.

Tout patient admis en soins psychiatriques sur décision du Représentant de l'Etat reste hospitalisé sans consentement (SPRE) durant 48 heures même si le certificat médical rédigé dans les 24 heures ne confirme pas la mesure. Seul le courrier du Préfet stipulant le non maintien de la mesure permet la sortie immédiate du patient.

En cas de sortie sans autorisation, celle-ci fait l'objet d'un signalement aux autorités de police et de gendarmerie et au représentant de l'Etat.

ARTICLE 64- LA SORTIE DES MINEURS

Article 64.1- En cours d'hospitalisation

Sous réserve d'éventuelles décisions de l'autorité judiciaire, pour les sorties en cours d'hospitalisation, les mineurs ne peuvent être confiés qu'à leur représentant légal tel que défini à l'article 14-1, au moment de la sortie temporaire.

Article 64.2- La sortie définitive

Le patient mineur ne peut sortir qu'en présence de son représentant légal.

Si le médecin estime prématurée la demande de sortie, il doit saisir le Procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance nécessaires.

En cas de sortie sans autorisation, celle-ci fait l'objet d'un signalement aux autorités de police et de gendarmerie et au représentant légal du mineur.

ARTICLE 65- LE QUESTIONNAIRE DE SORTIE DIT AUSSI DE SEJOUR

Tout hospitalisé reçoit avant sa sortie, un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et observations.

Ce questionnaire dûment complété peut être remis ou adressé au cadre de l'unité d'hospitalisation ou au service des admissions.

CHAPITRE 5

DISPOSITIONS PARTICULIERES APPLICABLES AUX PERSONNES HOSPITALISEES EN VERTU DE L'ARTICLE D.398 DU CODE DE PROCEDURE PENALE

ARTICLE 66- LA PROCEDURE D'ADMISSION

Lorsque l'état de santé mentale d'un détenu est incompatible avec son maintien en détention, un transfert est réalisé dans établissement de santé psychiatrique, hors Service Médico-Psychologique Régional (SMPR), en application de l'article D.398 du Code de Procédure Pénale.

La procédure engagée est celle d'une mesure de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat prise en application de la Loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

Le projet de soins doit être établi en étroite concertation entre le psychiatre ayant suivi l'intéressé lors de sa détention et l'équipe soignante d'accueil.

Le transfèrement de la prison à l'hôpital s'effectue suivant les modalités prévues dans l'arrêté préfectoral de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

Pour la surveillance à l'hôpital, il n'est pas fait application, sauf exception, des mesures de garde par un personnel de police ou de gendarmerie, prévues au 2ème alinéa de l'article D.394 du Code de Procédure Pénale.

Le directeur de l'établissement de santé est informé par le chef de l'établissement pénitentiaire des conditions dans lesquelles le détenu hospitalisé peut entretenir des relations avec l'extérieur du fait de son double statut de détenu et d'hospitalisé (permis de visite).

Conformément à l'article D.395 du Code de Procédure Pénale, les règlements pénitentiaires demeurent applicables à l'égard du détenu hospitalisé, dans toute la mesure du possible, notamment en ce qui concerne ses relations avec l'extérieur.

Lorsque l'état de santé du patient hospitalisé au titre de l'article D.398 du Code de Procédure Pénale nécessite une hospitalisation pour soins somatiques dans un autre service, voire dans un autre établissement de santé, le Préfet, en concertation avec l'administration pénitentiaire et l'autorité judiciaire pour les prévenus, doit en être immédiatement informé afin qu'il puisse mettre en œuvre les mesures de surveillance adéquates, conformément au 2ème alinéa de l'article D.394 du Code de Procédure Pénale.

Dans la mesure où le détenu reste écroué pendant son hospitalisation, aucune sortie en milieu libre ne peut avoir lieu sans décision préalable de l'autorité judiciaire.

ARTICLE 67- L'ETABLISSEMENT D'ACCUEIL

Les détenus ne sont pas titulaires du droit au libre-choix de l'établissement de santé.

L'établissement d'accueil est celui relevant de l'application de la sectorisation psychiatrique.

ARTICLE 68- LA LIBERTE D'ALLER ET DE VENIR

La liberté d'aller et de venir des détenus est limitée en raison de leur statut.

ARTICLE 69- LA CORRESPONDANCE

Par principe les détenus sont autorisés à recevoir du courrier.

Cependant, des restrictions peuvent exister, définies par l'autorité judiciaire : les courriers adressés aux détenus seront, sur ordre du magistrat instructeur, transmis à ce dernier afin d'être contrôlés conformément aux dispositions du code de procédure pénale, puis renvoyés au détenu hospitalisé si l'autorité judiciaire le décide.

ARTICLE 70- L'ACCES AUX TELEPHONES

Les personnes hospitalisées en vertu de l'article D.398 du code de procédure pénale n'ont pas accès aux communications téléphoniques.

ARTICLE 71- LES MODALITES DES VISITES

Les visites des détenus hospitalisés ne sont autorisées que pour les personnes titulaires d'un permis de visite délivré par l'autorité judiciaire.

Les visites sont soumises à l'accord préalable du médecin ayant en charge le patient.

ARTICLE 72- LES MODALITES DE SORTIES

Les détenus ne peuvent pas bénéficier de programmes de soins.

Lorsque la sortie est décidée par le médecin en charge du dossier, le détenu est transféré vers son établissement pénitentiaire d'origine, sauf décision contraire de l'autorité préfectorale désignant un autre centre pénitentiaire.

En cas de sortie sans autorisation, celle-ci fait l'objet d'un signalement automatique aux autorités de police et de gendarmerie, ainsi qu'au centre pénitentiaire dont relève le détenu.

En cas de levée d'écrou par l'autorité judiciaire pendant la durée de l'hospitalisation du détenu, celui-ci reste en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat jusqu'à la levée de la mesure.

ARTICLE 73- L'APPLICATION DU REGLEMENT INTERIEUR

La totalité des dispositions précédentes sont applicables aux détenus, à l'exclusion de ces dispositifs dérogatoires.

CHAPITRE 6

MESURES EN CAS DE DECES

ARTICLE 74- LE CONSTAT DU DECES

Article 74.1- Constat

Le décès est constaté par un médecin, qui peut être celui du SAMU s'il est intervenu. Celui-ci établit un certificat de décès, lequel est transmis au bureau des admissions, accompagné d'un certificat de non contagion. Conformément à l'article 80 du Code Civil, les décès sont inscrits sur un registre spécial, disponible au service des admissions. Une copie en est transmise dans les 24 heures au bureau d'état civil de la mairie.

Le décès d'une personne prise en charge par un Etablissement Public de Santé dans le cadre d'une structure de soins alternative à l'hospitalisation (à domicile ou en familles d'accueil par exemple) ne sera pas considéré comme s'étant produit à l'hôpital. La constatation comme les formalités de décès obéiront en ce cas aux règles générales de l'Etat Civil et du Code des Communes.

Article 74.2- Autopsies

Outre les autopsies à visée médico-légale dont la décision relève d'une autorité externe à l'établissement, après constatation par un médecin d'un obstacle médico-légal à l'inhumation (mort violente ou suspecte), il existe des autopsies médico-scientifiques, effectuées à la demande du médecin.

Ce type d'autopsie est destiné à préciser les causes de la mort dans des cadres particuliers indépendants du droit pénal.

Le patient de son vivant - ou les ayants droits - après le décès, peut s'opposer à ce type d'autopsie.

ARTICLE 75- LA NOTIFICATION DU DECES

La famille ou les proches, ou le tuteur doivent être prévenus dans les plus brefs délais et par tous les moyens appropriés.

La notification du décès est faite :

- pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France : au Consulat le plus proche.
- pour les mineurs relevant d'un service départemental d'Aide Sociale à l'enfance : au Directeur de l'ASE.
- pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger : au Directeur de l'Etablissement dont relève le mineur.

ARTICLE 76- LES INDICES DE MORT VIOLENTE OU SUSPECTE

Dans les cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un hospitalisé, le Directeur (ou l'administrateur de garde) avise l'autorité judiciaire, conformément à l'article 81 du Code Civil.

ARTICLE 77- LE TRANSPORT DE CORPS

Article 77.1- Chambre mortuaire

Hors les cas de suicide ou de mort suspecte, tout patient décédé dans l'Etablissement est transporté dans la chambre mortuaire de l'établissement deux heures après le constat du décès.

Sauf circonstances exceptionnelles, l'établissement ne peut recevoir de personnes décédées hors de l'établissement.

Article 77.2- Le transport de corps sans mise en bière

Le transport de corps sans mise en bière s'effectue, lorsque la famille le demande :

- au domicile du défunt ou à la résidence d'un membre de sa famille,
- vers une chambre funéraire,
- vers une chambre mortuaire,
- vers un établissement de santé.

Ce transport doit être achevé dans les 24 heures qui suivent le décès, sauf dans l'hypothèse où le corps a reçu des soins de conservation, le délai passant alors à 48 heures.

Le médecin peut s'opposer au transport du corps sans mise en bière dans trois hypothèses :

- si le décès soulève un problème médico-légal,
- si le défunt est atteint d'une maladie contagieuse,
- si l'état du corps ne permet pas un tel transport.

La mission relève exclusivement du service extérieur des pompes funèbres qui s'occupe de toutes les démarches relatives aux autorisations nécessaires.

TITRE III
DISPOSITIONS RELATIVES A
L'APPROBATION ET A LA
MODIFICATION DU REGLEMENT
INTERIEUR

ARTICLE 80- APPROBATION DU REGLEMENT INTERIEUR

Le présent règlement intérieur est soumis à délibération et approbation du conseil de surveillance de l'établissement, après consultation de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement.

ARTICLE 81- MODIFICATION DU REGLEMENT INTERIEUR

Le règlement intérieur est modifié par délibération du conseil de surveillance de l'établissement, après consultation de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement.

ARTICLE 82- MISE A DISPOSITION DU REGLEMENT INTERIEUR

Quel que soit son mode d'hospitalisation, tout patient dispose du droit de consulter le règlement intérieur de l'établissement dès lors qu'il en formule la demande.

Ce droit peut être exercé à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade.

Un exemplaire en est déposé auprès de chaque direction de l'établissement, dans chaque service ainsi que dans chaque lieu accueillant des patients.

