EPSYLAN
Etablissement Psychiatrique de Loire-Atlantique Nord

# Règlement intérieur

Version mise à jour le 30 juillet 2024

Validé par le Directoire du 29 mars 2024
Validé par la Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques du 5 avril 2024
Validé par la Formation Spécialisée en Santé, de Sécurité et de Conditions de travail du 9 avril 2024
Validé par le Comité Technique d'Etablissement du 11 avril 2024
Validé par la Commission Médicale d'Etablissement du 12 avril 2024
Validé par le Conseil de surveillance du 19 avril 2024

## Informations

### Procédure d'approbation du règlement intérieur

Le règlement intérieur est adopté par le directeur d'EPSYLAN à Blain après concertation du directoire et avis du conseil de surveillance, de la commission médicale d'établissement, du comité technique d'établissement et du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechnique est informée.

Il ne peut être modifié que dans les mêmes formes.

### Mise à disposition du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur est publié dans la gestion électronique de documents (GED). En outre, un exemplaire est disponible au secrétariat de direction, à l'accueil et au bureau des entrées, à destination des usagers et des personnels d'EPSYLAN. L'article R. 1112-78 du code de la santé publique précise que le règlement intérieur est communiqué à toute personne qui en formule la demande.

### Modification du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur fait l'objet d'une mise à jour, en tant que de besoin, si des textes nouveaux le modifiant au fond sont publiés, ou si de nouvelles règles internes d'EPSYLAN sont adoptées.

### Références au code de la santé publique

Le chapitre 1 du présent règlement reprend les articles du code de la santé publique relatifs aux attributions des différentes instances, actualisés à la date de mise à jour du document. Toute omission dans le texte d'un article est signalée par (…). Sauf mention contraire, tous les numéros d'articles qui figurent dans le présent règlement renvoient au code de la santé publique dont la version actualisée est disponible sur le site *legifrance.gouv.fr*.

### Règlements d'instances

Seules les attributions de certaines instances sont détaillées dans le présent règlement intérieur. Toutes les autres dispositions relatives aux instances (composition, fonctionnement, attributions) figurent dans leurs règlements intérieurs respectifs.

EPSYLAN
Etablissement Psychiatrique de Loire-Atlantique Nord

## Table des matières


Règlement intérieur ..... 1
Informations ..... 1
Introduction ..... 5
Chapitre 1 : Organisation générale ..... 7
I.1. Organisation administrative ..... 7
I.1.1. Le conseil de surveillance ..... 7
I.1.2. Le directeur ..... 8
I.1.3. Le directoire ..... 9
I.2. Instances consultatives générales ..... 10
I.2.1. La commission médicale d'établissement (CME) ..... 10
I.2.2. Le comité technique d'établissement (CTE) ..... 13
I.3. Organes consultatifs spécialisés ..... 14
I.3.1. La commission de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques (CSIRMT) ..... 14
I.3.2. Les commissions administratives paritaires locales (CAPL) ..... 14
I.3.3. Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ..... 15
I.3.4. La politique qualité et sécurité des soins ..... 15
I.3.5. Le comité de lutte contre les infestions nosocomiales (CLIN) ..... 15
I.3.6. Le comité de lutte contre la douleur (CLUD) ..... 15
I.3.7. Le comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) ..... 15
I.3.8. La commission des usagers (CDU) ..... 16
I.3.9. Le comité d'éthique ..... 17
I.3.10. La commission d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ..... 17
I.3.11. La commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS) ..... 17
I.4. Organisation médicale ..... 17
I.4.1. Sectorisation ..... 17
I.4.2. Département d'information médicale (DIM) ..... 18
I.4.3. Coopération hospitalière et partenariats ..... 21
I.5. Pôles d'activité ..... 21
I.5.1. Dispositions générales ..... 21
I.5.2. Chef de pôle ..... 22
I.5.3. Description des pôles d'activité ..... 24
Chapitre 2 : Dispositions relatives aux hospitalisations et consultations en psychiatrie 25
II.1. Admission ..... 25
II.1.1. Dispositions générales ..... 25
II.1.2. Dispositions particulières ..... 27
II.1.3. Soins sans consentement ..... 29
II.1.4. Protocole départemental d'hospitalisation ..... 34
II.2. Conditions de séjour ..... 34

II.2.1. Information médicale et consentement aux soins ..... 34
II.2.2. Facturation des chambres individuelles ..... 37
II.2.3. Vie à l'hôpital ..... 37
II.2.4. Services mis à la disposition des patients ou de leur famille ..... 39
II.3. Sorties ..... 39
II.3.1. Dispositions communes aux soins en psychiatrie ..... 39
II.3.2. Dispositions particulières aux hospitalisations libres (HL) ..... 41
II.3.3. Dispositions communes aux soins sans consentement ..... 42
II.3.4. Dispositions particulières aux soins sur demande d'un tiers ..... 42
II.3.5. Dispositions particulières aux soins sur décision du représentant de l'Etat ..... 43
II.3.6. Voies de recours ..... 44
Chapitre 3 : Dispositions spécifiques aux patients de l'USLD ..... 45
III.1. Dispositions générales ..... 45
III.1.1. Présentation du service ..... 45
III.1.2. Préadmission et admission ..... 45
III.1.3. Droits et obligations du résident ..... 46
III.2. Conditions de séjour ..... 46
III.2.1. Harmonie et bon fonctionnement de la vie collective ..... 46
III.2.2. Vie dans le service ..... 47
Chapitre 4 : Dispositions relatives aux personnels ..... 49
IV.1. Principes fondamentaux ..... 49
IV.1.1. Principes fondamentaux du service public ..... 49
IV.1.2. Principes liés au respect des patients ..... 49
IV.1.3. Secret professionnel ..... 50
IV.2. Dispositions spécifiques au personnel non médical ..... 51
IV.3. Principes de la bonne conduite professionnelle ..... 52
IV.3.1. Présence au travail des personnels ..... 52
IV.3.2. Comportement et tenue des personnels ..... 53
IV.3.3. Avantages matériels ..... 55
IV.4. Expression des personnels ..... 56
Chapitre 5 : Dispositions relatives à la permanence des soins et à la sécurité ..... 57
V.1. Continuité et permanence des soins ..... 57
V.1.1. Continuité des fonctions de direction ..... 57
V.1.2. Permanence des soins ..... 57
V.1.3. Dispositif d'urgence médico-psychologique (CUMP/CUPL) ..... 60
V.2. Dispositions relatives à la sécurité ..... 62
V.2.1. Règles de circulation et de stationnement ..... 62
V.2.2. Dispositions diverses ..... 63
Annexes ..... 65
Charte de la personne hospitalisée (2006) ..... 65

Droits et libertés de la personne âgée dépendante.....66
Charte du patient hospitalisé en psychiatrie.....67
Extrait de la charte européenne de l'enfant hospitalisé.....71
Charte d'utilisation du système d'information.....72

## Introduction

Le présent règlement intérieur s'inscrit dans le projet d'établissement 2019/2023 qui affirme sa fidélité aux principes et aux valeurs du service public : égal accès de tous aux soins offerts, absence de discrimination, disponibilité, engagement de dispenser aux patients les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état, en veillant à la continuité des soins.

Dans le domaine de la psychiatrie, la mise en œuvre de ces principes s'appuie sur le dispositif de la sectorisation qui confie aux secteurs rattachés à des établissements de santé la mission de lutter contre les maladies mentales sur un territoire en développant des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation, de réinsertion sociale, et de promotion de la santé mentale. Le centre médico-psychologique, pivot historique du dispositif de sectorisation, y joue pleinement son rôle d'organisateur des actions extrahospitalières, en articulation avec l'hospitalisation temps plein.

EPSYLAN à Blain, qui dessert le nord de la Loire-Atlantique, comprend deux secteurs de psychiatrie adulte et un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile. Il dispose en outre d'un pôle intersectoriel de psychiatrie.

Il fédère 34 structures réparties sur 15 sites :

- A Ancenis-Saint-Géréon, Blain, Châteaubriant, Guémené-Penfao, Héric, Nort sur Erdre, Petit-Mars, Pontchâteau, Saint-Gildas des Bois, Savenay pour la prise en charge des adultes ;
- A Blain, Châteaubriant, Nantes, Orvault pour la prise en charge des enfants et des adolescents.

# Chapitre 1 : Organisation générale

## I.1. Organisation administrative

### I.1.1. Le conseil de surveillance

Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il délibère sur :

1° Le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ;

2° La convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;

3° Le compte financier et l'affectation des résultats ;

4° Tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;

5° Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;

6° Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;

7° Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;

8° Les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L. 6145-7.

Il donne son avis sur :

- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés à l'article L. 6148-2 ;

- la participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire ;

- le règlement intérieur de l'établissement.

Le conseil de surveillance communique au directeur général de l'agence régionale de santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement.

A tout moment, le conseil de surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et se fait communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission. Le directeur communique à la présidence du conseil de surveillance les documents financiers pluriannuels élaborés en concertation avec le directoire ainsi que les documents stratégiques relatifs au projet d'établissement et à la participation à des coopérations et réseaux validés en concertation avec le directoire.

Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification en application de l'article L. 6145-16, le conseil de surveillance nomme, le cas échéant, le commissaire aux comptes.

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

### I.1.2. Le directeur

Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.

Le directeur est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles énumérées aux 1° à 15° et autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance énumérées à l'article L. 6143-1. Il participe aux séances du conseil de surveillance. Il exécute ses délibérations.

Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins. La commission administrative paritaire compétente émet un avis sur ces propositions. Sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire. L'avis du président de la commission médicale d'établissement est communiqué au directeur général du Centre national de gestion.

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

Le directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger. Il peut déléguer sa signature, dans des conditions déterminées par décret.

Par dérogation, le directeur de l'établissement support du groupement exerce ces compétences pour le compte des établissements de santé parties au groupement hospitalier de territoire, pour l'ensemble des activités mentionnées à l'article L. 6132-3.

Après concertation avec le directoire, le directeur :

1° Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 ;

2° Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

3° Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;

4° Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;

5° Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et, le cas échéant, les propositions de tarifs des activités sociales et médico-sociales ;

6° Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;

7° Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 ;

8° Peut proposer au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier de la présente partie ou des réseaux mentionnés à l'article L. 6321-1 ;

9° Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;

10° Conclut les baux emphytéotiques en application de l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L. 6148-3 ;

11° Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;

12° Conclut les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;

13° Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;

14° A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;

15° Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3 ;

16° Arrête le plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles, mentionné à l'article L. 3131-7 ;

17° Soumet au conseil de surveillance les prises de participation et les créations de filiale mentionnées à l'article L. 6145-7.

18° Définit, après avis du président de la commission médicale d'établissement, les conditions de réalisation et d'encadrement des activités de présentation, d'information ou de promotion des produits de santé ou de formation notamment à leur utilisation, particulièrement en vue du respect des chartes mentionnées aux articles L. 162-17-8 et L. 162-17-9 du code de la sécurité sociale.

Les conditions d'application du présent article, relatives aux modalités de consultation des instances représentatives du personnel, sont fixées par décret.

### I.1.3. Le directoire

## Composition

Le directoire est composé de membres du personnel de l'établissement, dont une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique.

Le directoire se compose de sept membres, répartis comme suit :

- Les membres de droit :

  - le directeur, président du directoire ;
  - le président de la commission médicale d'établissement, vice-président ;
  - le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ;

- Quatre membres nommés et, le cas échéant, révoqués par le directeur, après information du conseil de surveillance.

Pour ceux de ces membres qui appartiennent aux professions médicales, le directeur les nomme sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la commission médicale ; en cas de désaccord, le directeur peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme les membres de son choix. Les membres du directoire ne peuvent pas être membres du conseil de surveillance.

La durée du mandat des membres du directoire est de quatre ans. Ce mandat prend fin lors de la nomination d'un nouveau directeur, ainsi que dans les cas où son titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre du directoire.

## Attributions

Le directoire est présidé par le directeur d'établissement. Il appuie et conseille le directeur dans la gestion et la conduite générale de l'établissement.

Le directoire est doté des attributions suivantes :

- approbation du projet médical ;
- préparation du projet d'établissement (délibération du conseil de surveillance), notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ;
- conseil auprès du directeur dans la gestion de la conduite d'établissement incluant notamment la concertation sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses et sur le plan global de financement pluriannuel.

Le directoire se réunit au moins huit fois par an sur un ordre du jour fixé par le président.

# I.2. Instances consultatives générales

## I.2.1. La commission médicale d'établissement (CME)

La commission médicale d'établissement (CME) représente au sein de l'établissement les personnels médicaux et pharmaceutiques.

La mission principale de la CME consiste à contribuer à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; la CME propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des usagers (CDU).

Elle est consultée sur les matières la concernant dans des conditions fixées par décret.

Conformément aux textes réglementaires, le présent règlement intérieur fixe la répartition et le nombre de sièges de la CME.

## Composition

La commission médicale d'établissement comprend des membres de droit et des membres élus, répartis en cinq collèges :

- 1er collège : l'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médicotechniques de l'établissement, membres de droit ;

- 2ème collège : des représentants élus des responsables des structures internes, secteurs, services ou unités fonctionnelles, soit quatre sièges ;

- 3ème collège : des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement, soit un siège ;

- 4ème collège : des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement, soit un siège ;

- 5ème collège : Des représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un représentant pour les internes de psychiatrie, soit un titulaire par spécialité.

Siègent à la commission avec voix consultative :

- le président du directoire ou son représentant ;

- le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ;

- le praticien responsable du département d'information médicale ;

- le représentant du comité technique d'établissement élu en son sein ;

- le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;

- le pharmacien hospitalier, désigné par le directeur de l'établissement.

Enfin, le président du directoire peut se faire assister de toute personne de son choix.

La durée du mandat des membres de la commission médicale d'établissement est de quatre ans. Il est renouvelable.

Lorsqu'un membre titulaire démissionne ou cesse d'appartenir à la catégorie qu'il représente en cours de mandat, il est remplacé par le suppléant de la même catégorie qui a obtenu le plus grand nombre de voix.

En l'absence d'autres membres suppléants, des élections partielles sont organisées pour le ou les collèges concernés.

## Attributions

*Attributions consultatives*

I.- La commission médicale d'établissement est consultée sur des matières sur lesquelles le comité technique d'établissement est également consulté ; ces matières sont les suivantes :

1° Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 ;

2° Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;

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

4° L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7. A ce titre, la commission se prononce notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation en pôles de l'établissement ;

5° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;

6° La gestion prévisionnelle des emplois et compétences ;

7° La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire.

II.- La commission médicale d'établissement est également consultée sur les matières suivantes :

1° Le projet médical de l'établissement ;

2° La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;

3° La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;

4° La politique de formation des étudiants et internes ;

5° La politique de recrutement des emplois médicaux ;

6° Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;

7° La mise en œuvre de l'une des actions mentionnées au III de l'article L. 6112-2.

8° Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;

9° Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;

10° Le règlement intérieur de l'établissement ;

11° Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux.

*Autres attributions*

La commission médicale d'établissement est informée sur les matières suivantes :

1° Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement ;

2° Les contrats de pôles ;

3° Le bilan annuel des tableaux de service ;

4° Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ;

5° La programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

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

1° La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement ;

2° Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;

3° La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;

4° La prise en charge de la douleur ;

5° Le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique.

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

1° La réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale ;

2° L'évaluation de la prise en charge des patients, et en particulier des urgences et des admissions non programmées ;

3° L'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs ;

4° Le fonctionnement de la permanence des soins, le cas échéant par secteur d'activité ;

5° L'organisation des parcours de soins.

La commission médicale d'établissement :

1° Propose au directeur le programme d'actions mentionné à l'article L. 6144-1. Ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables, notamment ceux mentionnés à l'article L. 6111-2. Il comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité. Ce programme est assorti d'indicateurs de suivi.

La commission des usagers et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques contribuent à l'élaboration de ce programme d'actions.

2° Elabore un rapport annuel présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi.

Le directeur tient le programme d'actions et le rapport annuel à la disposition du directeur général de l'agence régionale de santé.

## Fonctionnement

La commission élit en son sein son président et son vice-président parmi les praticiens hospitaliers titulaires, au scrutin uninominal majoritaire à deux tours. En cas d'égalité des suffrages, le plus âgé des candidats est élu.

Par dérogation à l'incompatibilité posée par l'article R 6144-5-1 du code de la santé publique, la fonction de président de la commission médicale d'établissement peut être exercée par un chef de pôle. Par dérogation au sixième alinéa de l'article R. 6144-4, lorsqu'un chef de pôle est élu président

de la commission et qu'il perd en cours de mandat la qualité de chef de pôle, il continue d'exercer son mandat de président.

Les fonctions de président de la commission médicale d'établissement sont de quatre ans. Le mandat est renouvelable une fois.

Le président de la commission médicale d'établissement veille au bon fonctionnement de la commission.

Pour l'accomplissement de ses missions, la commission médicale d'établissement définit librement son organisation interne dans son règlement intérieur, sous réserve des dispositions réglementaires.

## Collège médical

Tous les mois, le corps médical et pharmaceutique se réunit en collège médical. Il est informé des travaux et délibérations de la commission médicale d'établissement, ainsi que de la réalisation des objectifs fixés par le projet d'établissement et le contrat d'objectifs et de moyens.

### I.2.2. Le comité technique d'établissement (CTE)

## Composition

Le comité est composé de représentants des personnels de l'établissement.

## Attributions

I.- Le comité technique d'établissement est consulté sur des matières sur lesquelles la commission médicale d'établissement est également consultée ; ces matières sont les suivantes :

1° Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 ;

2° Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;

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

4° L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 ;

5° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;

6° La gestion prévisionnelle des emplois et compétences ;

7° La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire.

II.- Le comité technique d'établissement est également consulté sur les matières suivantes :

1° 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 ;

2° La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu ;

3° Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;

4° La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;

5° 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 ;

6° 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 mentionné à l'article L. 6114-1 ainsi que du budget prévu à l'article L. 6145-1 et des décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7.

## I.3. Organes consultatifs spécialisés

### I.3.1. La commission de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques (CSIRMT)

#### Composition

La CSIRMT est composée de représentants des différentes catégories de personnels participant à la mise en œuvre des soins.

#### Attributions

I.- La commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques prévue par l'article L. 6146-9 du code de la santé publique est consultée pour avis sur :

1° Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques élaboré par le coordonnateur général des soins ;

2° L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques 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 médicotechniques ;

6° La politique de développement professionnel continu ;

7° La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire.

II.- 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.

### I.3.2. Les commissions administratives paritaires locales (CAPL)

#### Composition

Les commissions administratives paritaires locales comprennent, en nombre égal, d'une part des représentants de l'administration désignés par le conseil de surveillance, et d'autre part des représentants élus par le personnel.

#### Attributions

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

### I.3.3. Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail a pour missions :

- de contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité du personnel (médical et non médical) de l'établissement et des agents mis à sa disposition ;
- de contribuer à l'amélioration des conditions de travail, notamment en vue de faciliter l'accès des femmes à tous les emplois et de répondre aux problèmes liés à la maternité ;
- de veiller à l'observation des prescriptions légales prises en ces matières.

### I.3.4. La politique qualité et sécurité des soins

La politique qualité et sécurité des soins est une priorité de l'établissement. Celle-ci s'inscrit dans la politique nationale de santé publique qui a instauré des procédures de certification des établissements de santé pilotées par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Dans ce contexte, l'établissement a mis en place une démarche managériale qui implique l'ensemble des acteurs de l'hôpital afin d'assurer la qualité et la sécurité des prestations dispensées et la satisfaction des patients. Il s'inscrit au même titre que les 13 établissements parties dans la coordination des actions à l'échelle du GHT.

La politique qualité et gestion coordonnée des risques est animée par le binôme Présidence de la CME / Direction qualité et gestion coordonnée des risques associés aux soins, en articulation très étroite avec la CME, la CSIRMT, le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et le médecin référent de la qualité et de la gestion des risques.

Le comité management de la qualité et de la sécurité des soins assure le suivi et la coordination des plans d'actions en lien avec les instances, commissions et groupes de travail spécialisées :

- La commission des usagers (CDU) ;
- Le comité de lutte contre les infestions nosocomiales (CLIN) ;
- Le comité de lutte contre la douleur (CLUD) ;
- Le comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) ;
- La commission d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ;
- Le groupe document unique (DU) ;
- Les cellules qualité de pôles.

### I.3.5. Le comité de lutte contre les infestions nosocomiales (CLIN)

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales est chargé de définir, en relation avec les professionnels de soins, les méthodes et indicateurs adaptés aux activités de l'établissement de santé permettant l'identification, l'analyse et le suivi des risques infectieux nosocomiaux.

### I.3.6. Le comité de lutte contre la douleur (CLUD)

Le CLUD est une instance placée sous l'égide de la CME. Il participe, par ses avis, à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

### I.3.7. Le comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN)

Le comité de liaison en alimentation et nutrition, sous-commission de la commission médicale d'établissement, est une structure consultative participant par ses avis ou propositions à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

### I.3.8. La commission des usagers (CDU)

## Composition

Aux termes de l'article R 1112-81 du code de la santé publique, la commission des usagers est composée des membres suivants :

- Représentant légal de l'établissement ;
- Médiateur médical ;
- Médiateur non médical ;
- Deux représentants des usagers titulaires et deux suppléants ;
- Représentant de la CME ;
- Représentants de la commission des soins titulaire et suppléant ;
- Représentants du Personnel titulaire et suppléant ;
- Représentants du conseil de surveillance titulaire et suppléant, choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées.

Assistent également aux réunions :

- Le directeur des soins et de la qualité ;
- La responsable du bureau des séjours et des relations avec les usagers.

La durée des mandats est de trois ans renouvelable.

La présidence de la commission est assurée par un des membres mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article R.1112-81.

Le président est élu, pour un mandat de trois ans renouvelable deux fois, par l'ensemble des membres composant la commission (article R. 1112-81).

Le vote a lieu au scrutin secret et uninominal, à la majorité absolue des suffrages exprimés. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. La majorité relative suffit au troisième tour. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

La commission des usagers élit dans les conditions prévues aux deux alinéas précédents un vice-président parmi les membres figurant aux 1° à 3° du I de l'article R. 1112-81. Le vice-président est issu d'une autre de ces catégories de membres que celle du président. Son mandat est renouvelable deux fois.

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du président de la commission des usagers, ses fonctions au sein de la commission sont assurées par le vice-président.

## Attributions

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.

Lorsqu'elle est saisie par une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des articles L. 3212-1 ou L. 3213-1, la commission peut confier l'instruction de la demande à la commission prévue à l'article L. 3222-5.

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. Un décret en Conseil d'Etat prévoit notamment les modalités de consultation des données et de protection de l'anonymat des patients et des professionnels.

Les membres de la commission sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

### I.3.9. Le comité d'éthique

Le comité d'éthique a pour mission d'animer au sein de l'établissement un espace de réflexion éthique en lien avec l'espace de réflexion éthique des Pays de la Loire.

### I.3.10. La commission d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

La commission d'évaluation des pratiques professionnelles est une instance pluriprofessionnelle mise en œuvre au sein d'EPSYLAN afin de favoriser et de promouvoir, dans le cadre d'une approche transversale et décloisonnée, une politique institutionnelle d'évaluation des pratiques professionnelles.

### I.3.11. La commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS)

La notion de « permanence des soins » désigne la continuité des soins et la permanence pharmaceutique. La COPS est une instance placée sous l'égide de la CME.

## I.4. Organisation médicale

### I.4.1. Sectorisation

La sectorisation psychiatrique constitue depuis la circulaire de 1960, le cadre d'organisation de référence des prises en charge psychiatriques. La loi « Santé » du 26 janvier 2016 l'a maintenue, mais en l'intégrant dans une organisation générale fondée sur des territoires de santé mentale.

La loi prévoit que la politique de santé mentale comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Cette politique est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie.

Dans ce contexte, la psychiatrie de secteur, chargée des prises en charge de premier niveau, est définie par la loi comme une « mission » de l'activité de psychiatrie.

La mission de psychiatrie de secteur consiste à garantir à l'ensemble de la population (article L. 3221-3 du code de la santé publique) :

- Un recours de proximité en soins psychiatriques, notamment par l'organisation de soins ambulatoires de proximité, y compris sous forme d'intervention à domicile, assuré par des équipes

pluriprofessionnelles, en coopération avec les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé ;

- L'accessibilité territoriale et financière des soins psychiatriques ;

- La continuité des soins psychiatriques, notamment pour les patients dont les parcours de santé sont particulièrement complexes, y compris par recours à l'hospitalisation, avec ou sans consentement, en assurant si nécessaire l'orientation vers d'autres acteurs afin de garantir l'accès à des prises en charge non disponibles au sein des établissements assurant la mission de psychiatrie de secteur.

Désormais, chaque établissement détermine les modalités d'organisation et de fonctionnement de cette activité dans la zone qui lui a été affectée.

EPSYLAN gère deux secteurs de psychiatrie adulte et un secteur de psychiatrie infanto-juvénile :

- secteur de psychiatrie adulte "Est" ou 44G12 ;
- secteur de psychiatrie adulte "Ouest" ou 44G13 ;
- secteur de psychiatrie infanto-juvénile ou 44I05.

### I.4.2. Département d'information médicale (DIM)

## Organisation

Le département d'information médicale (DIM) est une structure transversale issue de services ou de structures médicales de l'établissement. Il comprend :

- un chef de département appelé coordonnateur ;
- un conseil de département.

### *Le chef du département d'information médicale*

Le chef de département est un praticien hospitalier nommé sur proposition de la CME et désigné par le directeur. Il est nommé pour 5 ans renouvelables.

Il exerce ses fonctions sur un poste à temps non complet, correspondant à 0,40 ETP.

Il est garant de la confidentialité des informations médicales nominatives ainsi que de la propriété intellectuelle des médecins sur leurs travaux de recherche.

Il a pour mission de coordonner les activités du DIM et de le représenter dans les différentes instances hospitalières et extrahospitalières.

Il arrête l'ordre du jour des réunions de conseil de département d'information médicale ; un compte-rendu de ces réunions étant transmis à tous ses membres.

Compte tenu de son rôle clé dans l'établissement, le médecin responsable du DIM est invité à assister à la CME à titre consultatif.

Un cadre de direction et un cadre de santé peuvent travailler en étroite liaison avec le médecin responsable du DIM.

En cas de vacance ou d'empêchement prolongé de cette fonction, la CME en organise l'intérim, en l'attente d'une nouvelle désignation.

### *Le conseil du département d'information médicale*

Il comprend :

- des membres de droit :
    - le coordonnateur du département d'information médicale (président) ;

- le directeur de l'établissement ou son représentant ;
- le président de CME ou son représentant ;
- le directeur des soins ou son représentant ;

- le collège médical du DIM qui comprend un médecin par service ou structure médicale, appelé correspondant, proposé par le chef de service et désigné par la CME pour une durée de quatre ans renouvelables. Ce correspondant veille à la qualité de l'information médicale et collabore pour ce qui le concerne à l'activité du DIM.

Sont ainsi proposés : six médecins psychiatres et le pharmacien de l'établissement.

Le conseil du département d'information médicale :

- collabore à l'activité du DIM et définit ses principales orientations, sous contrôle de la CME ;

- élabore le règlement intérieur et se prononce sur les projets du DIM susceptibles d'affecter le schéma directeur d'informatisation de l'établissement.

Le DIM bénéficie en tant que de besoin de conseils du responsable du système d'informations et d'organisation, de l'assistance d'informaticiens et d'agents formés à l'organisation, et du service d'informatique médicale. Le responsable du DIM est assisté d'un plein temps ou d'un équivalent temps plein de technicien d'information médicale.

## Attributions

### *Le dossier patient informatisé*

Le DIM est le service référent pour la gestion du dossier patient informatisé. Il est garant de la gestion des droits d'accès, en lien avec le conseil de département de l'information médicale, assure le paramétrage, le suivi et la mise en œuvre des évolutions fonctionnelles du dossier patient informatisé.

### *La fiche par patient*

Le DIM peut apporter son concours à la gestion des fiches par patient en réalisant les tâches suivantes :

- aider les secteurs de psychiatrie à produire les fiches par patient ;

- s'assurer, auprès des correspondants dans les secteurs, de la qualité des données des fiches par patient et de leur exhaustivité ;

- veiller à la confidentialité des données concernant le patient, conformément aux recommandations de la Commission Nationale Informatique et Libertés ;

- éventuellement, promouvoir et contrôler la mise en place des outils d'aide à la codification ;

- aider au traitement et à l'analyse de l'information fournie par les secteurs, à destination des secteurs eux-mêmes et de la CME ;

- aider les responsables de secteur de psychiatrie à produire les rapports annuels de secteur.

### *Formation*

Le DIM coordonne la formation de l'ensemble des personnels concernés par l'élaboration et par l'utilisation de l'information médicale. Il informe la communauté hospitalière des services qu'il peut lui rendre.

### *Gestion et harmonisation des dossiers médicaux*

Le DIM favorise la gestion et la conservation des dossiers médicaux, dans le respect des règles de confidentialité.

L'archivage n'est pas une fonction passive : le DIM instaure une réflexion sur l'harmonisation et l'amélioration du dossier médical.

### *Conseil et expertise*

Le DIM participe à la conception du système d'information médicale. Il est associé à la conception du schéma directeur informatique de l'établissement.

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

Le DIM aide à la mission de recherche de l'établissement.

### *Transparence et confidentialité*

Le DIM joue le rôle d'un prestataire de services à l'intérieur de l'établissement. Les médecins notamment doivent être clairement informés de la nature des informations que le DIM reçoit, traite, restitue et transmet.

Les règles relatives à la confidentialité des informations médicales nominatives, et à l'application de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, sont inscrites dans le règlement intérieur du DIM lequel est intégré dans le règlement intérieur de l'établissement.

### *Activités du DIM*

Le DIM fait un rapport annuel de sa propre activité, joint aux rapports des services de soins à destination des tutelles et également diffusé aux membres du conseil de DIM.

### *Transmission de données*

Le recueil à caractère obligatoire, le traitement et la validation de données issues du dossier médical et permettant l'analyse de l'activité de l'établissement dans son ensemble ou de ses services médicaux (ou structures médicales) se fait sous la responsabilité du chef de service ou de la structure concernée.

Ces derniers doivent ainsi être informés de tout traitement et toute transmission de données agrégées préalablement validées et rigoureusement anonymisées.

Les requêtes peuvent être faites à la demande :

- des chefs de service et des responsables de structures médicales ;
- du directeur ;
- de la CME.

Ces requêtes sont centralisées par le coordonnateur du DIM et transmises pour information à la CME, au responsable médical de l'activité concernée et à son chef de service.

Les réponses sont d'abord validées par le chef de service avant d'être transmises au demandeur et aux interlocuteurs ci avant nommés.

La transmission de données se fait par ailleurs, de manière systématique au travers des rapports annuels et mensuels d'activité, accessibles aux médecins de chaque service et à la direction de l'établissement.

En attendant un arrêté spécifique concernant la psychiatrie qui en précisera la forme et les modalités, le directeur peut transmettre aux autorités de tutelle des statistiques élaborées à partir de données issues du dossier médical préalablement anonymisées.

La CME reçoit communication de ces statistiques préalablement à leur transmission.

### I.4.3. Coopération hospitalière et partenariats

EPSYLAN à Blain est membre du groupement hospitalier de territoire de Loire-Atlantique (GHT 44) qui regroupe les 13 établissements de santé publics du département. Il est acteur du projet médico-soignant partagé de territoire.

Il travaille également étroitement avec les établissements de psychiatrie dans le cadre du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) de psychiatrie 44. Enfin, il s'inscrit pleinement dans les travaux du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM).

EPSYLAN à Blain développe aussi un réseau de partenariats en conventionnant avec :

- les établissements sociaux et médico-sociaux, tant dans le champ de la personne âgée que dans celui du handicap ;
- les collectivités territoriales ;
- des associations intervenant dans le champ de la santé mentale.

## I.5. Pôles d'activité

### I.5.1. Dispositions générales

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires laisse le soin aux établissements de santé de définir librement leur organisation interne sous réserve des dispositions ci-après énoncées.

Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement. Les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médicotechniques ainsi que les structures médicotechniques qui leur sont associées.

Les chefs de pôle sont nommés par le directeur, sur présentation d'une liste élaborée par le président de la CME pour les pôles d'activité clinique ou médicotechnique. En cas de désaccord, constaté dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme les chefs de pôle de son choix. La durée du mandat des chefs de pôle est fixée à quatre ans, leur mandat peut être renouvelé dans les mêmes conditions. Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle, après avis, pour les pôles d'activité clinique et médicotechnique, du président de la CME pour vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical.

Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médicotechnique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle. Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement.

EPSYLAN à Blain est composé de six pôles :

- 2 pôles de psychiatrie "adultes" : Ouest et Est ;
- 1 pôle intersectoriel ;
- 1 pôle de psychiatrie infanto-juvénile ;
- 1 pôle d'accueil familial thérapeutique à vocation départementale ;
- 1 pôle gestion.

### I.5.2. Chef de pôle

## Nomination

Peuvent exercer les fonctions de chef d'un pôle d'activité clinique ou médicotechnique les praticiens hospitaliers et les praticiens recrutés par contrat.

Ils sont nommés par le directeur sur présentation d'une liste élaborée par le président de la commission médicale d'établissement. Cette liste, comportant au moins 3 noms, est présentée au directeur dans un délai de 30 jours à compter de sa demande. En cas d'absence de proposition dans le délai requis, le directeur nomme la personne de son choix. En cas de désaccord du directeur sur les noms proposés sur la liste ou si cette dernière est incomplète, le directeur peut demander qu'une nouvelle liste lui soit présentée dans les 15 jours. En cas de nouveau désaccord, il nomme le chef de pôle de son choix.

Ils sont nommés pour une période de quatre ans renouvelable.

Dans les deux mois suivant leur nomination, le directeur propose aux praticiens nommés dans les fonctions de chef de pôle une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions et dont la durée et le contenu sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Une indemnité de fonction est versée aux chefs de pôle. Le montant et les modalités de versement de cette indemnité sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et du budget.

Compte tenu de l'organisation médicale d'EPSYLAN à Blain et de l'effectif des praticiens hospitaliers, la fonction de chef de pôle peut être exercée par le président de commission médicale d'établissement, par dérogation à l'incompatibilité posée par l'article R 6144-5-1 du code de la santé publique.

## Contrat de pôle

Sur la base de l'organisation déterminée par le directeur, le contrat de pôle définit les objectifs assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il fixe les indicateurs permettant d'évaluer l'atteinte de ces objectifs.

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

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

Le contrat de pôle précise également le rôle du chef de pôle en lien avec la direction des ressources humaines dans les domaines suivants :

- Gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle ;
- Gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux ;
- Définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière ;
- Proposition au directeur de recrutement du personnel non titulaire du pôle ;
- Affectation des personnels au sein du pôle ;
- Organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique ;

- Participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux et pharmaceutiques.

Il précise, le cas échéant, les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion. Sauf disposition particulière, il est conclu pour une période de quatre ans.

## Projet de pôle

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

Le chef de pôle élabore un projet de pôle dans un délai de trois mois après sa nomination.

Le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du pôle.

EPSYLAN
Etablissement Psychiatrique de Loire-Atlantique Nord

# Organigramme pôle gestion et des pôles cliniques

## Pôle Gestion

**Direction**

- Stratégie-projet d'établissement
- GHT et coopérations
- Affaires médicales
- Relations avec les usagers et la gendarmerie
- Communication
- Système d'information et téléphonie
- Délégation à la protection des données
- Centre documentation et d'information
- Conventions et partenariats extérieurs

**Direction des ressources humaines**

- Gestion des personnels médicaux
- Gestion des personnels non médicaux
- Formation continue
- Service de santé au travail

**Direction des soins, de la qualité et de la gestion des risques**

- Coordination générale des soins
- Gestions des stages
- Centre de Proximité
- Dispositif Intégré de Coordination et d'Intervention et médico-social
- Missions transversales
- Qualité, certification HAS et gestion des risques
- Equipe opérationnelle d'hygiène
- Equipe de nuit
- Pool de suppléance

**Direction des finances et des services logistiques**

- Finances - contrôle de gestion
- Gestion des séjours
- Services logistiques
- Services techniques

- Mandataire judiciaire à la protection des majeurs

## Pôle Est

**Structures de soins ambulatoires**

**Châteaubriant**

- CMP/ATTP/HDJ
- CMP/ATTP de gérontopsychiatrie «Santé mentale et vieillissement»
- Soins Psychiatriques A Domicile (SPAD)
- Psychiatrie d'urgence/post-urgence et de liaison hospitalière au CH Châteaubriant

**Ancenis/Saint-Géréon**

- Centre Médico-Psychologique
- Psychiatrie d'urgence/post-urgence et de liaison hospitalière au CH Erdre et Loire

**Petit-Mars**

- CMP de gérontopsychiatrie

**Nort-sur-Erdre**

- CMP/CATTP Transversal
- Soins psychiatriques à Domicile (SPAD)
- Logements protégés

**Blain : site d'EPSYLAN**

- HDJ Transversal

**Structures d'hospitalisation (site d'EPSYLAN)**

Admission 1 (20 lits)
Admission 2 (17 lits)
Unité préparation sortie (17 lits)

## Pôle Ouest

**Structures de soins ambulatoires**

**Héric**

- CMP/HDJ

**Blain**

- CMP/ATTP de gérontopsychiatrie «Santé mentale et vieillissement»
- Logement protégé

**Savenay**

- Centre Médico-Psychologique

**Pontchâteau**

- CMP/HDJ
- Appartements communautaires «La Cadivais»

**Saint-Gildas-des-bois**

- Hôpital de jour

**Guéméné-Penfao**

- CATTP Transversal

**Structures d'hospitalisation (site d'EPSYLAN)**

Admission 1 (20 lits)
Admission 2 (17 lits)
Unité préparation sortie (17 lits)

## Pôle Intersectoriel

**Addictologie**

**Centre d'addictologie ambulatoire l'Escabelle**

- CMP/ATTP/HDJ
- Equipe hospitalière de liaison et de soins en addictologie *(EHLSA)*

**Psychiatrie du sujet âgé**

- APSA (15 lits)
  *(Admission Psychiatrique du Sujet Agé)*
- USLD (30 lits)
  *(Unité de soins de longue durée)*

**Filière Handicap**

- Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) «Au fil de l'eau» à orientation psychiatrique (30 lits)

**Filière Support aux soins (SAS)**

- Unité de thérapie familiale systémique
- Accueil permanent hospitalier (APH)
- Activités thérapeutiques intersectorielles «Intermed» (Equithérapie, sociothérapie, vie sociale, Aumônerie hospitalière
- Médecine générale
- Pharmacie
- Equipe mobile d'ASH *(EMA)*

## Pôle de Psychiatrie infanto-juvénile

**Blain**

- CMP/CATTP/HDJ pour enfants et adolescents
- Classe intégrée

**Châteaubriant**

- CMP/CATTP/HDJ pour enfants et adolescents
- Classe intégrée

**Nantes**

- CMP/HDJ pour enfants
- Atelier pédagogique
- Classe intégrée

**Orvault**

- CMP/CATTP/HDJ pour adolescents
- Classe intégrée

## Pôle Accueil Familial thérapeutique pour adultes

*Forum d'Orvault*
*36, rue Jules Verne*
*44700 Orvault*

Familles d'accueil

***Direction des finances et des services logistiques*** ← **Département d'information médicale (DIM)** → ***Commission médicale établissement (CME)***

CMP : Centre médico-Psychologique
HDJ : Hôpital de jour
CATTP : Centre d'accueil Thérapeutique à Temps Partiel
ATTP : Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

Mise à jour :mars 2022

# Chapitre 2 : Dispositions relatives aux hospitalisations et consultations en psychiatrie

EPSYLAN à Blain s'applique à diffuser, à respecter et à faire respecter les droits des patients tels qu'ils sont reconnus dans le code de la santé publique.

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

Pour les personnes accueillies dans ses services régis par les dispositions du code de l'action sociale et des familles, il s'engage à mettre en œuvre les dispositions de la charte des droits et libertés de la personne accueillie.

## II.1. Admission

### II.1.1. Dispositions générales

#### Mode d'admission

L'admission à l'hôpital est prononcée par le directeur sur avis d'un médecin ou d'un interne d'EPSYLAN. Elle est décidée, hors les cas d'urgence reconnus, par un médecin ou un interne de garde d'EPSYLAN, sur présentation d'un certificat d'un médecin traitant ou appartenant au service de consultation de l'établissement attestant la nécessité du traitement hospitalier.

La psychiatrie générale peut accueillir des patients âgés d'au moins 16 ans.

#### Liberté de choix

Une personne ne peut sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, être hospitalisée ou maintenue en hospitalisation dans l'établissement, hormis les cas prévus par la loi du 5 juillet 2011, modifiée par la loi du 27 septembre 2013, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques.

Toute personne hospitalisée ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence, dans la limite des capacités d'accueil et de prise en charge.

#### Inventaire et dépôt des biens

Dès l'admission d'un patient dans l'unité de soins, un inventaire de ses effets personnels est réalisé.

L'inventaire est une obligation légale qui conduit l'infirmier, l'aide-soignante ou l'aide médico-psychologique à s'assurer que les vêtements et bagages de chaque patient lors de son admission à l'hôpital, d'un retour de permission ou d'une réintégration de sortie d'essai ne contiennent aucun objet ou produit incompatibles avec les intérêts du patients et les missions de service public hospitalier d'EPSYLAN.

Cette formalité administrative fait appel au professionnalisme de l'infirmier, l'aide-soignante ou l'aide médico-psychologique qui doit mettre des mots de soignant sur ses gestes pour que cette démarche soit d'abord comprise avant d'être acceptée.

L'inventaire est contradictoire. Si le patient n'est pas en mesure d'apporter son concours, il convient de le réaliser en présence de deux soignants qui signeront ensuite le document.

L'objectif est double :

- assurer la protection des biens du patient :

  - mettre par écrit ce qu'apporte le patient : vêtements, bijoux, argent, documents… ;
  - indiquer ce que le patient garde avec lui ou ce qu'il confie à la responsabilité des soignants ou du trésor public ;
  - signer conjointement (patient et soignants) cet inventaire.

- assurer la protection et la sécurité du patient comme du personnel en rendant impossible l'entrée dans l'établissement et dans les services d'armes et objets dangereux, d'animaux, de drogues et de matériels nécessaires à leur usage, d'alcool, de médicaments, etc.

Toute détention d'objet potentiellement dangereux est interdite.

Le patient est invité à ne pas garder dans sa chambre des biens de valeur, des bijoux ou de grosses sommes d'argent. Il lui est conseillé de rendre à sa famille ce dont il n'a pas besoin pendant l'hospitalisation.

A défaut, il est possible d'effectuer auprès d'EPSYLAN, une fois l'inventaire réalisé, un dépôt des sommes d'argent, des bijoux et des biens de valeur. Ce dépôt volontaire de la part des patients hospitalisés peut être effectué :

- soit auprès d'un régisseur de recettes de l'établissement avant d'être remis dans un coffre,
- soit auprès de la trésorerie principale,

et ce contre délivrance d'un reçu.

Une information orale et écrite par l'intermédiaire du livret d'accueil est donnée au patient ou à son représentant légal sur les règles relatives aux biens détenus par les personnes admises ou hébergées dans l'établissement, et sur la responsabilité de celui-ci en cas de vol, perte ou détérioration de ces biens, selon qu'ils ont ou non été déposés.

La personne admise, ou son représentant légal, atteste avoir reçu l'information sur un document conservé dans son dossier. Si, une fois informée, la personne décide de conserver avec elle les biens susceptibles d'être déposés, EPSYLAN ne pourra être tenu pour responsable des pertes ou détériorations des biens que les patients auraient gardés auprès d'eux.

Le retrait des objets par le déposant ou son représentant légal ou toute personne mandatée par lui s'effectue contre signature d'un reçu.

Si la sortie du patient est programmée un samedi, un dimanche ou un jour férié, il est recommandé de prendre des précautions deux jours avant le départ pour récupérer ces biens avant son départ.

## Majeurs protégés

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

Le juge des tutelles peut décider d'une mesure de protection sur la demande du patient, celle du médecin ou celle de sa famille. Selon la nature de la protection à assurer, le juge nomme un tuteur, un curateur ou un mandataire.

Le gérant des tutelles de l'établissement peut recevoir cette mission et se tient à la disposition des patients ou des familles pour tout renseignement (s'adresser au bureau des entrées).

## Visites par des autorités extérieures

EPSYLAN fait l'objet de visites périodiques du procureur de la République ou du juge des libertés et de la détention mais également par la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP). Tout patient peut à cette occasion demander à les rencontrer. Cette demande est mentionnée au bureau des entrées par l'intermédiaire du cadre de santé de l'unité.

Le contrôleur général des lieux de privation de liberté peut également visiter à tout moment, d'une manière programmée ou inopinée, tout établissement de santé habilité à recevoir des patients hospitalisés sans leur consentement.

Ces autorités reçoivent les réclamations des personnes hospitalisées ou de leur conseil et procèdent, le cas échéant, à toutes vérifications utiles. Elles contrôlent notamment la bonne application des dispositions légales relatives aux droits des personnes hospitalisées et signent le registre de la Loi de l'établissement.

## Vote des patients

Il appartient au patient majeur, jouissant de son droit de vote, de s'organiser afin de pouvoir participer aux scrutins locaux, nationaux et européens. Peuvent exercer leur droit de vote dans les mêmes conditions que les autres personnes, les majeurs placés sous le régime de la tutelle ou de la curatelle, les majeurs bénéficiant de mesures d'accompagnement social personnalisé, d'accompagnement judiciaire, d'habilitation familiale ou de sauvegarde de justice.

## Prise en charge des frais d'hospitalisation

Les bénéficiaires d'une couverture sociale doivent, lors de leur admission, fournir une pièce d'identité (carte d'identité, passeport…) ainsi que tous les documents nécessaires à la prise en charge des frais d'hospitalisation par l'organisme de sécurité sociale dont ils relèvent et de leur mutuelle complémentaire éventuelle.

Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle doivent être munis de l'attestation.

Les bénéficiaires de l'aide médicale d'État sont munis d'une décision d'admission d'urgence ou, à défaut, de tous documents nécessaires à l'obtention de la prise en charge de tout ou partie de leurs frais d'hospitalisation.

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

## Transfert après premiers secours

Lorsqu'un médecin ou un interne constate que l'état d'un patient ou blessé requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée à EPSYLAN ou nécessitant des moyens dont il ne dispose pas, ou encore lorsque son admission présente, du fait du manque de place, un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier, le directeur doit provoquer les premiers secours et prendre toutes les mesures nécessaires pour que le patient ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

### II.1.2. Dispositions particulières

## Militaires

Si le directeur est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission à l'autorité militaire ou, à défaut, à la gendarmerie. Dès que l'état de santé du patient le permet, celui-ci est évacué sur l'hôpital des armées le plus proche.

Les frais d'hospitalisation sont pris en charge par l'État.

## Mineurs

EPSYLAN admet l'hospitalisation des mineurs d'au moins 16 ans dans le cadre des unités d'hospitalisation adulte. Exceptionnellement, et compte tenu du très faible nombre de lits d'hospitalisation de pédopsychiatrie en Loire-Atlantique, il peut être amené à accepter l'hospitalisation d'un mineur de moins de 16 ans après avis d'un médecin senior et du directeur, et s'être assuré de la garantie des conditions de séjour.

L'admission d'un mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande d'au moins un des titulaires de l'autorité parentale, du représentant légal ou de l'autorité judiciaire. En cas de conflit entre les parents, connu par le service d'hospitalisation, l'accord des deux parents est requis.

Les enfants relevant du service de l'aide sociale à l'enfance (ASE) peuvent être admis à la demande de ce service.

Lorsque des actes médicaux lourds ou chirurgicaux sont envisagés, le consentement exprès du ou des détenteurs de l'autorité parentale ou du représentant légal est obligatoire.

Lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risque d'être compromise par le refus du représentant légal du mineur de consentir au soin ou par l'impossibilité matérielle de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du service peut, éventuellement par l'intermédiaire du directeur ou de son représentant, saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de demander les soins qui s'imposent.

Le conseil départemental peut également être saisi, notamment lorsque le mineur relève d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance.

Par dérogation, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Dans cette situation, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation.

Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Le mineur se fait alors accompagner d'une personne majeure de son choix.

Tous les actes qui relèvent d'une autorisation doivent être obtenus auprès du détenteur de l'autorité parentale et, à défaut, du tuteur désigné par le juge.

Les conditions d'hospitalisation sont organisées sous la responsabilité du médecin responsable de l'unité et adaptées, autant que faire se peut, à l'état de santé du patient et à la situation du service.

A sa sortie, le mineur est obligatoirement remis au détenteur de l'autorité parentale ou, à défaut, selon les modalités définies par celui-ci. Ces informations doivent être tracées dans le dossier du patient.

Le mineur émancipé est capable, comme un majeur, de tous les actes de la vie civile. Il cesse d'être sous l'autorité de ses père et mère.

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

Lorsqu'à l'admission d'un mineur, un médecin découvre ou suspecte qu'il est victime de sévices, il doit mettre en œuvre la procédure de protection des mineurs en le signalant aux autorités judiciaires ou administratives, que les parents consentent ou refusent l'hospitalisation. Si un mineur doit être auditionné par l'autorité judiciaire, l'établissement ne peut s'y opposer sauf si le médecin considère que l'état de santé est incompatible avec cette audition. Le détenteur de l'autorité parentale doit en être informé.

## Étrangers

Les étrangers sont admis à EPSYLAN à Blain dans les mêmes conditions que les ressortissants français.

Les étrangers ressortissant d'un État membre de la communauté européenne bénéficient des mêmes droits que les assurés sociaux français.

Pour les personnes étrangères qui ne parlent pas le français, il est possible de demander l'intervention d'un traducteur ; une convention avec une association de traducteurs définit les conditions de leur intervention.

### II.1.3. Soins sans consentement

## Modalités d'application des soins sans consentement

Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement est prise en charge :

- Sous la forme d'une hospitalisation complète ;
- Sous une autre forme incluant des soins ambulatoires, pouvant comporter des soins à domicile, et le cas échéant des séjours effectués dans un établissement.

Lorsque les soins prennent la forme prévue au 2°, un programme de soins est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil. Ce programme, dont le contenu est fixé par décret, définit le ou les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité (CSP, art. L3211-2-1)

Lorsqu'une personne est admise en soins psychiatriques sans son consentement, elle fait l'objet d'une période d'observation et de soins initiale sous la forme d'une hospitalisation complète pendant 72 heures :

**Dans les 24 heures suivant l'admission**, un médecin réalise un examen somatique complet et un psychiatre d'EPSYLAN établit un certificat médical constatant l'état mental de la personne et confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins au regard des conditions d'admission. Ce psychiatre ne peut être l'auteur du [des] certificat médical à l'origine de l'admission.

**Dans les 72 heures suivant l'admission**, un nouveau certificat médical est établi dans les mêmes conditions.

Lorsque les deux certificats ont conclu à la nécessité de prolonger les soins, un psychiatre d'EPSYLAN propose dans un avis motivé, établi avant l'expiration du délai de 72 heures, la forme de la prise en charge et, le cas échéant, le programme de soins.

### *Informations aux patients*

Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques sans consentement, 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 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.

En outre, toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement est informée :

- le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, de la décision d'admission et de chacune des décisions prononçant le maintien des soins ou définissant la forme de la prise en charge, ainsi que des raisons qui les motivent ;

- dès l'admission ou aussitôt que son état le permet et, par la suite, à sa demande et après chacune des décisions prononçant le maintien des soins ou définissant la forme de la prise en charge, de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes.

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

### *Mode de prise en charge*

Le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient peut proposer à tout moment de modifier la forme de la prise en charge pour tenir compte de l'évolution de l'état de la personne. Il établit en ce sens un certificat médical circonstancié.

Le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient transmet immédiatement au directeur de l'établissement d'accueil un certificat médical circonstancié proposant une hospitalisation complète lorsqu'il constate que la prise en charge de la personne décidée sous une autre forme ne permet plus, notamment du fait du comportement de la personne, de dispenser les soins nécessaires à son état. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen du patient, il transmet un avis établi sur la base du dossier médical de la personne.

## Soins sans consentement sur la décision du directeur d'établissement

Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut faire l'objet de soins psychiatriques sur la décision du directeur d'un établissement que lorsque les deux conditions suivantes sont réunies :

- ses troubles mentaux rendent impossible son consentement ;

- son état mental impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous une forme autre que l'hospitalisation complète.

Le directeur de l'établissement prononce la décision d'admission, soit sur demande d'un tiers, soit en cas de péril imminent.

### *Demande d'un tiers*

Le directeur prononce l'admission lorsqu'il a été saisi d'une demande présentée par un membre de la famille du malade ou par une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieur à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade. Lorsqu'il remplit les conditions prévues au présent alinéa, le tuteur ou le curateur d'un majeur protégé peut faire une demande de soins pour celui-ci.

La décision d'admission est accompagnée de deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de quinze jours.

Le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ; il constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Il doit être confirmé par un certificat d'un second médecin qui peut exercer dans l'établissement accueillant le malade.

En cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur peut, à titre exceptionnel, prononcer à la demande d'un tiers l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin

exerçant dans l'établissement. Dans ce cas, les certificats médicaux de 24 heures et de 72 heures sont établis par deux psychiatres distincts.

## *Péril imminent*

Le directeur prononce l'admission lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande d'un tiers et qu'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne, dûment constaté par un certificat médical.

Ce certificat constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Le médecin qui établit ce certificat ne peut exercer dans l'établissement accueillant la personne malade.

Dans ce cas, le directeur de l'établissement d'accueil informe, dans un délai de vingt-quatre heures sauf difficultés particulières, la famille de la personne qui fait l'objet de soins et, le cas échéant, la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé ou, à défaut, toute personne justifiant de l'existence de relations avec la personne malade antérieures à l'admission en soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celle-ci.

Lorsque l'admission a été prononcée lors d'un péril imminent, les certificats médicaux de 24 heures et de 72 heures sont établis par deux psychiatres distincts.

## *Mode de prise en charge*

Lorsque l'un des deux certificats médicaux conclut que l'état de la personne ne justifie plus la mesure de soins, le directeur de l'établissement d'accueil prononce immédiatement la levée de cette mesure.

Lorsque les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de prolonger les soins, le directeur de l'établissement prononce le maintien des soins en retenant la forme de la prise en charge proposée par le psychiatre. Il joint à sa décision, le cas échéant, le programme de soins établi par le psychiatre.

Dans l'attente de la décision du directeur de l'établissement, la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète.

Lorsque le psychiatre qui participe à la prise en charge de la personne malade propose de modifier la forme de prise en charge de celle-ci, le directeur de l'établissement est tenu de la modifier sur la base du certificat médical ou de l'avis du collège.

## *Déroulement de la procédure*

Après le 5ème jour et au plus tard le 8ème jour à compter de l'admission, un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical circonstancié indiquant si les soins sont toujours nécessaires. Ce certificat médical précise si la forme de la prise en charge de la personne malade demeure adaptée et, le cas échéant, en propose une nouvelle.

Au vu du certificat médical les soins peuvent être maintenus par le directeur pour une durée maximale d'un mois. Au-delà de cette durée, les soins peuvent être maintenus pour des périodes maximales d'un mois, renouvelables.

## *Registre de la Loi*

Il est tenu dans l'établissement un registre sur lequel sont transcrits ou reproduits dans les vingt-quatre heures les informations suivantes :

- Les nom, prénoms, profession, date de naissance et domicile des personnes faisant l'objet de soins sans consentement ;
- La date de l'admission en soins psychiatriques ;

- Les nom, prénoms et domicile de la personne ayant demandé les soins ou une mention précisant que l'admission en soins a été prononcée en application de la réglementation ;
- Les dates de délivrance des informations données aux patients ;
- Le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice ;
- Les avis et les certificats médicaux ainsi que les attestations ;
- La date et le dispositif des décisions rendues par le juge des libertés et de la détention ;
- Les levées des mesures de soins psychiatriques autres que celles mentionnées par le JLD ;
- Les décès.

Ce registre est soumis aux autorités qui visitent l'établissement. Ces dernières apposent, à l'issue de la visite, leur visa, leur signature et s'il y a lieu, leurs observations.

## Soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat

Le représentant de l'Etat dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical, le maire arrête, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques dans les formes prévues à l'article L. 3213-1 du Code de la santé publique. Faute de décision du représentant de l'Etat, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures.

La période d'observation et de soins initiale de 72h prend effet dès l'entrée en vigueur des mesures provisoires.

Le certificat médical circonstancié et établi soit par un médecin professionnel extérieur à l'établissement d'accueil (médecin qui peut être un psychiatre), soit par un médecin de l'établissement d'accueil (mais alors ce médecin ne doit pas être psychiatre), est nécessaire.

Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire.

### *Procédures*

Dans un délai de trois jours francs suivant la réception du certificat médical (suivant les 72 h de la période d'observation), le préfet décide de la forme de prise en charge, en tenant compte de la proposition établie, le cas échéant, par le psychiatre et des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public. Il joint à sa décision, le cas échéant, le programme de soins établi par le psychiatre.

Dans l'attente de la décision, le patient reste en hospitalisation complète.

Après le 5e jour et au plus tard le 8e jour puis dans le mois qui suit la décision ou, le cas échéant, suivant la mesure provisoire et ensuite au moins tous les mois, la personne malade est examinée par un psychiatre qui établit un certificat médical circonstancié confirmant ou infirmant, s'il y a lieu, les observations contenues dans les précédents certificats. Ce certificat précise si la forme de prise en charge demeure adaptée et, le cas échéant en propose une nouvelle

### *Patients en soins sur décision du représentant de l'Etat faisant l'objet d'un suivi particulier*

Lorsque les éléments du dossier médical du patient font apparaître qu'il a fait l'objet d'une hospitalisation ordonnée suite à une procédure d'irresponsabilité pénale, ou qu'il a fait l'objet, pendant au moins un an, d'une hospitalisation dans une unité pour malades difficiles, et qu'une prise en charge sous la forme d'un programme de soins, une sortie de courte durée, ou la levée de la mesure de soins est envisagée, le psychiatre qui participe à sa prise en charge en informe le directeur de l'établissement d'accueil qui le signale sans délai au représentant de l'Etat dans le département.

Ces dispositions ne sont pas applicables lorsque les mesures de soins susmentionnées ont pris fin depuis au moins dix ans.

## Saisine du juge des libertés et de la détention

### *Saisine facultative*

Le juge des libertés et de la détention dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil peut être saisi, à tout moment, aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques prononcée sans consentement, quelle qu'en soit la forme.

La saisine peut être formée par :

- La personne faisant l'objet des soins ;
- Les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure ;
- La personne chargée de sa protection si, majeure, elle a été placée en tutelle ou en curatelle ;
- Son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité ;
- La personne qui a formulé la demande de soins ;
- Un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins ;
- Le procureur de la République.

Le juge des libertés et de la détention peut également se saisir d'office, à tout moment.

Le juge des libertés et de la détention ordonne, s'il y a lieu, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète.

Lorsqu'il ordonne cette mainlevée, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet dans un délai maximal de vingt-quatre heures afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi. Dès l'établissement de ce programme ou à l'issue du délai mentionné à la phrase précédente, la mesure d'hospitalisation complète prend fin.

### *Saisine systématique*

Le juge des libertés et de la détention (JLD) doit systématiquement se prononcer dans les 12 jours en cas d'hospitalisation complète sans consentement. La saisine systématique est réalisée par le directeur pour les soins sur décision du directeur, et par le préfet pour les soins à la demande du représentant de l'Etat. Par conséquent, le JLD est saisi au plus tard au 8ème jour d'hospitalisation.

La saisine du JLD est accompagnée d'un avis conjoint de 2 psychiatres (l'un intervenant dans la prise en charge, l'autre non), ou d'un avis du collège pour les soins sur décision du représentant de l'Etat faisant l'objet d'un suivi particulier.

A l'audience, le patient est entendu; il peut être assisté/représenté par avocat. Si le patient ne peut assister à l'audience pour motif médical, un certificat médical doit être adressé au JLD.

Si le JLD demande des expertises, l'hospitalisation complète se prolonge de 14 jours maximum.

En outre, le JLD devra se prononcer tous les 6 mois en cas d'hospitalisation complète continue sous contrainte. Par conséquent, le directeur ou le préfet saisit le JLD 8 jours avant les 6 mois d'hospitalisation complète sous contrainte.

*Tenue des audiences*

Les audiences se tiennent en alternance soit d'EPSYLAN à Blain, soit au CH de Saint-Nazaire Elles ont lieu les lundi et jeudi matin. Les transports vers Saint-Nazaire sont assurés le plus possible par les véhicules d'EPSYLAN, ou à défaut par une société de transports sanitaires. Les transports sont coordonnés par l'encadrement soignant, et mutualisés entre pôles lorsque cela est possible. Un accompagnement infirmier est réalisé en fonction de l'état clinique des patients.

## Collège

Un collège comprenant trois membres du personnel d'EPSYLAN à Blain est nommément constitué par le directeur.

Font partie du collège pour chaque patient :

- Le psychiatre responsable à titre principal du patient dont la situation est examinée ou, à défaut, un autre psychiatre participant à sa prise en charge;

- Un psychiatre qui ne participe pas à la prise en charge du patient, désigné après avis du président de la CME

- Un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient.

Le collège est consulté dans les situations suivantes :

- Quand les soins sans consentement sur décision du directeur excédent un an ;

- Sur les modalités de prise en charge ou levée de la mesure pour les patients en soins sans consentement à la demande du représentant de l'Etat faisant l'objet d'un suivi particulier, (séjour d'un an en UMD ou décision d'irresponsabilité pénale au cours des dix dernières années) : le collège se prononce pour éclairer l'avis du JLD et du préfet.

### II.1.4. Protocole départemental d'hospitalisation

Conformément à l'article L3221-4 du code de la santé publique, l'EPSYLAN à Blain applique le protocole départemental de Loire-Atlantique relatif à la sectorisation des patients hospitalisés en psychiatrie.

## II.2. Conditions de séjour

### II.2.1. Information médicale et consentement aux soins

## Accueil des patients

L'accueil des patients et des accompagnants doit être assuré, à tous les niveaux, par un personnel spécialement préparé à cette mission. Les patients sont informés du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins (panneaux à l'entrée du secrétariat et des unités).

Dès son arrivée à EPSYLAN, ou au moment le plus opportun, chaque patient reçoit un livret d'accueil contenant toutes les informations pratiques qui lui seront utiles pendant son séjour. Comme la loi le prévoit, les soignants se doivent de prendre en charge tous les handicaps (physiques, mal voyant, mal entendant…).

Les assistants sociaux de l'établissement peuvent être sollicités pour toute démarche visant à régulariser un défaut de couverture maladie. Ils aident le patient pour toutes démarches administratives, sociales et/ou matérielles liées à son hospitalisation.

## Discrétion demandée par le patient

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

Les hospitalisés majeurs 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 (diagnostic, 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 le cadre ou un infirmier de l'unité aux membres proches de la famille, sauf si le patient s'y oppose expressément. Il en est de même pour l'information au médecin traitant.

## Information du patient sur son état de santé, ses soins et leurs éventuelles complications

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

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

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

Le patient peut demander à prendre connaissance de son dossier médical conformément aux dispositions du code de la santé publique.

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

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

Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins, ou ses ayants droit si la personne est décédée, ou, le cas échéant, son représentant légal, est informée sur les circonstances et les causes de ce dommage.

Cette information lui est délivrée au plus tard dans les quinze jours suivant la découverte du dommage ou sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix.

## La personne de confiance

Lors de l'admission du patient, si celui-ci ne fait pas l'objet d'une mesure de tutelle, il a la possibilité de désigner une personne de confiance. Il peut s'agir d'un parent, d'un proche ou du médecin traitant. Cette désignation doit être écrite, elle est recueillie sur la fiche de choix qui se trouve dans le livret d'accueil du patient ou sur intranet. Elle est valable pour la durée de l'hospitalisation mais le patient peut également revenir à tout moment sur sa décision.

Cette personne sera consultée et recevra l'information nécessaire sur l'état de santé du patient pour le cas où celui-ci serait hors d'état de manifester sa volonté. La personne de confiance peut accompagner le patient dans ses démarches, assister aux entretiens avec le médecin ou peut l'aider à prendre ses décisions.

## Le consentement aux soins (hors soins sans consentement)

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

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. Lorsqu'un patient n'accepte pas le traitement, l'intervention ou les soins qui lui sont proposés, sa sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant d'autres soins, est prononcée par le directeur après signature par le patient d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés. Si le patient refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé. Une sortie peut être prononcée.

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

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

L'examen d'un patient dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des patients.

Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

## Prise de vue et utilisation de l'image de la personne

Toute personne ou son représentant légal doit préalablement à la captation ou à la diffusion de son image donner son consentement par écrit.

Dans le cas particulier des mineurs ou des incapables majeurs, il est nécessaire d'obtenir leur autorisation, en plus de celle du titulaire de l'autorité parentale, dès lors qu'ils sont capables de discernement.

Le consentement doit porter sur la prise d'image, son exploitation, sa publication ou sa diffusion. Le stockage d'images doit respecter la législation. Le cas échéant, l'autorisation de créer un fichier sera demandée à la CNIL. Les prises d'images de la personne à finalité médicale devront être autorisées, par écrit, par le chef de service.

Après accord de la préfecture, des caméras sont installées à chaque entrée de l'établissement dans l'unique but de contribuer à la sécurité des patients et du personnel.

Elles ne sont en service que durant les heures de fermeture du portail, au profit du cadre de nuit. Les images sont détruites au bout de sept jours. Seul le directeur ou son représentant est habilité à les consulter en cas d'atteinte à la sécurité des personnes et des biens.

### II.2.2. Facturation des chambres individuelles

EPSYLAN institue un régime particulier d'hospitalisation à temps complet et d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

Ce régime s'applique aux journées et nuitées d'hospitalisation effectuées dans les chambres individuelles disposant du meilleur confort, c'est-à-dire équipées de sanitaires et salle d'eau particuliers.

Si, lors de son admission, le patient a fait la demande écrite d'être hospitalisé dans l'une de ces chambres, un supplément de tarif journalier sera facturé à sa mutuelle.

Ce supplément s'applique aux seuls patients admis en soins libres.

En conséquence, les chambres de soins intensifs sont exclues de ce régime.

Le montant de ce supplément est arrêté chaque année lors de la présentation du budget et des tarifs d'EPSYLAN à Blain.

### II.2.3. Vie à l'hôpital

#### Horaires et conditions des visites

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients ni gêner le fonctionnement des services. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, la reconduite du visiteur à la sortie de l'établissement et l'interdiction de visite peuvent être décidées par le directeur.

Les visites au sein d'EPSYLAN, qui sont recommandées l'après-midi pour ne pas gêner le fonctionnement du service, peuvent être limitées ou interdites pour des raisons médicales. Elles ont lieu dans l'unité ou tout lieu approprié. Les visiteurs doivent être en nombre raisonnable

Des aménagements d'horaires de visite et de lieu sont possibles au cas par cas dans des situations particulières.

Il est possible sous certaines conditions pour les membres de la famille de se restaurer sur place, après en avoir fait la demande auprès de l'équipe soignante.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants ne peuvent rencontrer directement les patients, sauf accord de ceux-ci et autorisation écrite donnée par le directeur. Les patients peuvent demander au cadre de santé du service ou à l'équipe soignante de refuser l'accès à toute personne qu'ils désignent.

#### Repas

Les menus, arrêtés par une commission spécifique comprenant entre autres une diététicienne, sont accessibles par chaque service par le biais du courrier interne. Le patient dont le régime alimentaire est le régime normal a la possibilité de choisir entre plusieurs mets.

Sur prescription médicale, des régimes diététiques spéciaux sont servis.

Le patient a la possibilité d'avoir des repas conformes à sa religion ou ses convictions.

#### Déplacement des patients dans l'hôpital

Les patients peuvent se déplacer dans la journée hors du service après information ou accord d'un membre du personnel soignant, en fonction des modalités de leur admission et de leur situation médicale.

## Comportement des patients

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

L'équipe soignante du service peut s'opposer, 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 restituées aux visiteurs ou à défaut détruites.

Les patients veillent à respecter le bon état des locaux et objets qui sont à leur disposition. Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner la sortie du patient.

Il est demandé aux patients et résidents d'user avec discrétion des appareils de radio et de télévision, d'éviter les conversations trop bruyantes, de ne pas fumer dans l'établissement en dehors des seuls endroits autorisés, de rester courtois avec les autres patients, les visiteurs et le personnel.

Le comportement ou les propos des patients ne doivent pas être une gêne pour les autres patients ou pour le fonctionnement du service, ni être irrespectueux envers autrui.

La loi n° 2010-1192 du 11 octobre 2010 interdit la dissimulation du visage dans l'espace public. Cette interdiction ne s'applique pas si le port d'une tenue qui dissimule le visage :

- est prescrit ou autorisé par la loi,
- s'inscrit dans le cadre de pratiques sportives, de fêtes ou de manifestations artistiques ou traditionnelles,
- est justifié par des raisons de santé ou des motifs professionnels. Lorsqu'un patient ou un résident, dûment averti, ne respecte pas le présent règlement intérieur et cause des désordres persistants, le directeur ou son représentant prend, avec l'accord du médecin responsable, toutes les mesures appropriées pouvant aller, éventuellement, jusqu'à l'exclusion de l'intéressé.

### *Téléphone portable*

Sauf avis médical contraire, l'utilisation des téléphones portables est autorisée dans le respect des règles de courtoisie.

## Lutte contre le tabagisme

Pour des raisons de sécurité et en application de la règlementation de lutte contre le tabagisme, il est formellement interdit de fumer à l'intérieur des bâtiments d'EPSYLAN.

Les chambres des patients dans les unités de soins de longue durée sont assimilables à un espace privatif. Cependant pour des raisons de sécurité, l'interdiction de fumer s'applique à ces locaux.

Il existe un comité de prévention du tabac qui s'adresse aux professionnels.

## Gratifications

Aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les patients, soit à titre de gratification, soit à titre de dépôt. Dans le cas de gratifications, les patients doivent savoir qu'ils exposent le personnel à des sanctions disciplinaires en recourant à de telles pratiques.

### II.2.4. Services mis à la disposition des patients ou de leur famille

#### Courrier

Le courrier est distribué les jours ouvrables par le service du vaguemestre de l'établissement et le relevé a lieu quotidiennement par les secrétaires. Le vaguemestre est à la disposition des patients pour toutes leurs opérations postales.

#### Téléphone

Les patients ont la possibilité de recevoir ou d'émettre des communications téléphoniques (sauf avis médical contraire) au sein des unités en utilisant les « points phone ».

#### Télévision et radio

Les appareils de télévision personnels ne peuvent pas être introduits à l'hôpital, sauf pour les patients de l'USLD. En aucun cas les récepteurs de radio, de télévision ou autres appareils sonores ne doivent gêner le repos du patient ou de ses voisins.

#### Bibliothèque

Une bibliothèque des patients est accessible aux patients. Les horaires d'ouverture sont disponibles au secrétariat de la sociothérapie.

#### Exercice du culte

Les patients peuvent participer à l'exercice de leur culte. Les ministres des cultes des différentes confessions peuvent rendre visite aux patients qui en ont exprimé le désir auprès des cadres des unités. Leurs coordonnées figurent dans le livret d'accueil des patients.

Si des frais de déplacement sont demandés, ceux-ci sont à la charge du patient.

#### Cafétéria, repas et/ou hébergement des familles

La cafétéria est ouverte tous les jours de la semaine. Les horaires d'ouverture sont disponibles dans les unités.

Un repas peut être servi aux personnes rendant visite aux patients, sous réserve des moyens d'accueil de chaque service. Ces repas sont facturés au tarif visiteur fixé annuellement par le conseil de surveillance de l'établissement. Les repas peuvent également être pris au self de l'hôpital. Dans tous les cas, il est impératif de prévenir le cadre de l'unité.

## II.3. Sorties

### II.3.1. Dispositions communes aux soins en psychiatrie

#### Formalités de sortie

Lorsque l'état de santé du patient ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'établissement, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin qui l'a pris en charge.

À la fin du séjour, les patients doivent passer au bureau des entrées (dans le hall d'accueil) afin de vérifier que leur dossier est complet et obtenir un bulletin de situation et un bulletin de sortie, ces documents pourront être demandés par leur assurance pour remboursement des frais restants éventuellement à leur charge. Ces bulletins de sortie et de situation ne doivent porter aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical relative à la maladie qui a motivé l'hospitalisation.

## Information du médecin traitant et continuité des soins

À la fin de chaque séjour hospitalier, une lettre de liaison permettant d'assurer la continuité des soins est remise au patient et un double est adressé, sauf opposition du patient, au praticien que le patient ou son représentant légal aura désigné afin d'assurer la continuité des soins.

Tout patient sortant doit recevoir les certificats médicaux, les ordonnances et les indications nécessaires à la continuation de ses soins et de ses traitements et à la justification de ses droits ; en cas de prescriptions portant sur des médicaments réservés à l'usage hospitalier, le patient doit être informé des conditions dans lesquelles il peut se procurer ces médicaments.

Le médecin traitant est informé dans un délai maximum de huit jours après la sortie du patient des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins, dont les prescriptions médicales auxquelles le patient doit continuer à se soumettre sauf opposition de sa part. Il reçoit toutes indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du patient.

## Questionnaire de sortie

Tout patient reçoit avant sa sortie un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations. Il est inséré dans le livret d'accueil d'EPSYLAN. Ce questionnaire rempli est renvoyé au directeur sous pli cacheté et sous une forme anonyme si le patient le désire.

Le directeur communique périodiquement à la commission des usagers (C.D.U.) les résultats de l'exploitation de ces documents.

Ces questionnaires sont conservés et peuvent être consultés par le directeur de l'agence régionale de santé.

## Sortie sans autorisation

L'établissement a mis en place une procédure définissant les modalités à mettre en œuvre lorsqu'un patient est sorti à l'insu du service, et que son statut (hospitalisation sans consentement) ou son état de santé nécessite que des recherches soient engagées.

Si les recherches dans l'établissement restent vaines et si le médecin estime que l'état du patient permet sans danger cette sortie, il est déclaré sortant. Si le médecin estime que cette sortie met en danger l'intégrité physique du patient ou compromet son état de santé, des recherches doivent être effectuées auprès de la famille et, si nécessaire, par la gendarmerie.

## Transports en ambulance

Le Bureau des Entrées ou les Hôtesses d'Accueil tiennent à la disposition des patients la liste complète des entreprises de transport sanitaire terrestre du département.

Les transports en ambulance « véhicule sanitaire léger » (VSL) ou taxi ne sont pris en charge par la sécurité sociale qu'en cas de nécessité justifiée par une prescription médicale. Les patients et résidents peuvent alors faire appel à la société de leur choix.

## Sortie des mineurs

Sous réserve d'éventuelles décisions de l'autorité judiciaire, les mineurs ne peuvent être, pour les sorties en cours d'hospitalisation, confiés qu'à leur père, mère, tuteur ou garde et aux tierces personnes expressément autorisées par ceux-ci (nécessité de présenter un papier d'identité).

Le mineur n'a pas la capacité de signer une attestation s'il veut quitter l'établissement contre l'avis médical. Cette demande ne peut être présentée que par la personne exerçant l'autorité parentale sur l'enfant. Elle signe l'attestation établissant qu'elle a eu connaissance des dangers présentés pour la santé de l'enfant par cette sortie ; si elle refuse de signer l'attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé.

Si cette demande de sortie semble de nature à mettre en danger la santé ou l'intégrité corporelle de l'enfant, le directeur ou son représentant saisit le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

Sauf dérogations prévues par la loi, les personnes exerçant l'autorité parentale sont informées de la sortie prochaine du mineur. Elles devront faire connaître à l'administration de l'établissement si le mineur peut ou non quitter seul l'établissement.

Par dérogation à l'article 371-2 du code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure dans le cas où cette dernière s'oppose expressivement à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé.

Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix (nécessité de présenter un papier d'identité).

### II.3.2. Dispositions particulières aux hospitalisations libres (HL)

## Autorisation d'absence

Les patients peuvent, compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier, à titre exceptionnel, de permissions de sortie, soit de quelques heures sans découcher, soit d'une durée maximale de quarante-huit heures (délais de trajet inclus). Ces permissions de sortie sont autorisées par le directeur sur avis favorable d'un praticien du service. Elles sont signalées au bureau des entrées.

Lorsqu'un patient qui a été autorisé à quitter l'établissement ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, il est porté éventuellement sortant. Il ne peut alors être de nouveau admis que dans la limite des places disponibles. Cette décision est prise en fonction des modalités de prise en charge du patient et après évaluation médicale.

## Transfert

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

## Sortie contre avis médical

À l'exception des mineurs, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5 du code de la santé publique, et des personnes hospitalisées sans leur consentement, les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement.

Si le médecin responsable du patient estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour sa santé, ce dernier n'est autorisé à quitter l'établissement qu'après avoir rempli une décharge attestant qu'il a eu connaissance des risques que cette sortie lui fait courir. Lorsque le patient refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé par le praticien et contresigné par deux témoins.

Quand le médecin juge que l'état de santé ne permet pas une telle sortie, une procédure d'hospitalisation sous contrainte peut être mise en place.

Le mineur n'a pas la capacité de signer une attestation s'il veut quitter l'établissement contre l'avis médical. Cette demande ne peut être présentée que par la personne exerçant l'autorité parentale. Elle signe l'attestation précisant qu'elle a eu connaissance des dangers présentés pour la santé de l'enfant. Si elle refuse de signer l'attestation, un procès-verbal de refus est dressé.

### II.3.3. Dispositions communes aux soins sans consentement

#### Sortie de courte durée

Pour motif thérapeutique ou si des démarches extérieures s'avèrent nécessaires, les personnes hospitalisées sans leur consentement peuvent bénéficier d'autorisations de sorties de l'établissement de courte durée n'excédant pas douze heures. La personne malade est accompagnée par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement ou d'un membre de la famille ou de la personne de confiance pendant toute la durée de la sortie.

L'autorisation d'absence de courte durée est accordée par le directeur de l'établissement de santé après avis favorable du psychiatre responsable de la structure médicale concernée.

Dans le cas des soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat, le directeur de l'établissement transmet au représentant de l'État dans le département les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, comportant notamment l'avis du psychiatre, quarante-huit heures avant la date prévue pour la sortie accompagnée. Sauf opposition du représentant de l'État dans le département, la sortie accompagnée peut avoir lieu au terme de ce délai.

#### Transfert

Lorsque l'état d'une personne hospitalisée sans son consentement nécessite son transfert provisoire dans un établissement de santé pratiquant d'autres disciplines, l'intéressé reste sous la responsabilité de l'établissement d'origine, sauf s'il peut être mis fin à l'hospitalisation sous contrainte.

#### Information du préfet pour les sorties sans autorisation

Le directeur de l'établissement doit, sans délai, aviser le préfet de toute sortie sans autorisation des malades hospitalisés sans leur consentement sur décision du représentant de l'Etat, et lui transmettre un certificat de situation rédigé à ce sujet par le médecin du service où le patient se trouvait en traitement.

### II.3.4. Dispositions particulières aux soins sur demande d'un tiers

#### Fin de l'hospitalisation à la demande d'un tiers

Il est mis fin à la mesure d'hospitalisation sur demande d'un tiers dès qu'un psychiatre de l'établissement établit un certificat médical certifiant que les conditions de cette hospitalisation ne sont plus réunies ; il en est fait mention sur le registre prévu à cet effet.

Ce certificat médical circonstancié doit mentionner l'évolution ou la disparition des troubles ayant justifié l'hospitalisation.

Dans les 24 heures qui suivent la fin de cette mesure d'hospitalisation, le directeur de l'établissement en informe le préfet, la commission départementale des soins psychiatriques, les procureurs de la République et la personne qui a demandé l'hospitalisation.

Le représentant de l'État dans le département ainsi que le juge des libertés du tribunal de grande instance du lieu de l'établissement d'hospitalisation peuvent ordonner la levée immédiate d'une hospitalisation à la demande d'un tiers lorsque les conditions de l'hospitalisation ne sont plus réunies.

#### Levée de l'hospitalisation à la demande d'un tiers

Une personne hospitalisée sur demande d'un tiers dans un établissement cesse d'y être retenue dès que la levée de l'hospitalisation est requise par :

- le curateur ;

- le conjoint ou la personne justifiant qu'elle vit en concubinage avec le patient ;
- les ascendants s'il n'y a pas de conjoint ;
- s'il n'y a pas d'ascendants, les descendants majeurs ;
- la personne qui a signé la demande d'admission, à moins qu'un parent, jusqu'au sixième degré inclus, n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille ;
- une personne autorisée à cette fin par le conseil de famille ;
- la commission départementale des hospitalisations psychiatriques.

S'il résulte d'une opposition notifiée au chef d'établissement par un ayant droit qu'il y a dissentiment soit entre les ascendants, soit entre les descendants, le conseil de famille se prononcera dans un délai d'un mois.

Néanmoins, le directeur de l'établissement n'est pas tenu de faire droit à cette demande lorsqu'un certificat médical ou, en cas d'impossibilité d'examiner le patient, un avis médical établi par un psychiatre de l'établissement et datant de moins de vingt-quatre heures atteste que l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour la santé du patient.

Le directeur de l'établissement informe alors par écrit le demandeur de son refus en lui indiquant les voies de recours.

### II.3.5. Dispositions particulières aux soins sur décision du représentant de l'Etat

#### Levée des soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat

La levée d'hospitalisation d'office peut être prononcée :

- par le représentant de l'Etat qui peut décider de la levée à tout moment de la mesure de soins psychiatriques,
  - après deux avis concordants sur l'état mental du patient émis par deux psychiatres, ou après avis du collège pour les patients faisant l'objet d'un suivi particulier ;
  - sur information du directeur qui doit informer le préfet quand un certificat médical atteste que les conditions de la mesure ne sont plus réunies : si le préfet refuse de lever la mesure d'hospitalisation complète, le directeur peut alors saisir le juge des libertés et de la détention et le faire examiner par un 2e psychiatre en application de l'article L3213-9-1 ;
  - à la demande d'un psychiatre (de l'établissement ou autre) par certificat médical ou inscription sur le registre des hospitalisations. Le directeur doit en informer le préfet dans les vingt-quatre heures.
- par le juge des libertés du tribunal de grande instance de Saint-Nazaire, par auto saisine ou sur saisine de toute personne ayant intérêt pour agir ;
- d'office en l'absence de décision préfectorale dans les délais légaux (quarante-huit heures, un mois, trois mois, puis tous les six mois).

L'article L 3213-6 prévoit également la possibilité de transformer une procédure sur décision du directeur en procédure sur décision du préfet.

Dans les vingt-quatre heures suivant la signature de l'arrêté préfectoral, le préfet avise :

- le procureur de la République du tribunal de grande instance ;
- le maire du domicile ;
- la famille de la personne hospitalisée ;
- la commission départementale des soins psychiatriques.

### II.3.6. Voies de recours

Tout patient hospitalisé sous contrainte peut contester son hospitalisation. Il lui appartient de saisir une des autorités mentionnées suivantes :

- le président du tribunal de grande instance du domicile du patient ;
- la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) ;
- le procureur de la République ou le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de Saint-Nazaire ;
- le Contrôleur général des lieux de privation de libertés ;
- le Défenseur des droits.

Ce courrier peut être adressé via la direction d'EPSYLAN à Blain qui le transmettra obligatoirement et immédiatement.

La commission départementale des soins psychiatriques est chargée d'examiner la situation des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité de la personne.

EPSYLAN est visité périodiquement par le procureur de la République ou le juge des libertés mais également par la commission départementale des soins psychiatriques. Tout patient peut demander à les rencontrer. Cette demande est mentionnée au bureau des admissions par l'intermédiaire du cadre de santé de l'unité.

Les coordonnées de ces autorités sont disponibles dans le livret d'accueil du patient.

# Chapitre 3 : Dispositions spécifiques aux patients de l'USLD

## III.1. Dispositions générales

### III.1.1. Présentation du service

L'USLD accueille et soigne des personnes présentant une pathologie chronique psychiatrique ou une polypathologie, soit active au long cours, soit susceptibles d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner une perte d'autonomie durable. Ces situations cliniques requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

Le projet de vie inscrit comme priorité absolue le respect des dispositions de la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante. Le texte même de cette charte est affiché au sein du service et figure dans le livret d'accueil remis à chaque personne admise dans le service ou à son représentant.

### III.1.2. Préadmission et admission

#### Formalités d'admission

Toute personne qui envisage son admission au sein du service peut demander à en faire une visite préalable auprès du secrétariat du service.

En fonction de l'évaluation de l'autonomie de la personne qui sollicite son admission, sur la base des modèles (AGGIR et PATHOS), le médecin de l'unité donne son avis sur l'admission de la personne âgée.

Le directeur prononce ensuite l'admission. La date d'arrivée du patient est fixée d'un commun accord. Elle correspond à la date de départ de la facturation même si le patient décide d'arriver à une date ultérieure.

Le dossier administratif d'admission établi le jour de l'entrée comporte les pièces suivantes :

- la photocopie de la pièce d'identité
- la photocopie du livret de famille ;
- la carte de sécurité sociale et de la mutuelle si la personne âgée est adhérente ;
- la copie de la quittance d'assurance responsabilité civile personnelle ;
- la copie de la quittance de l'assurance des biens et des objets personnels si besoin ;
- le justificatif des ressources en cas de dossier de demande d'aide sociale, d'allocation personnalisée d'autonomie ou d'allocation logement social.

#### Personnes accueillies

Les unités accueillent en priorité des personnes seules ou des couples âgés d'au moins 60 ans et relevant d'une unité de soins de longue durée selon la définition figurant ci-dessus.

#### Règlement de fonctionnement du service et contrat de séjour

La personne accueillie ou son représentant est invitée à signer le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement de l'USLD.

Toute modification du présent règlement, préalablement soumise au directeur sera portée à la connaissance des personnes accueillies.

### III.1.3. Droits et obligations du résident

L'accueil et le séjour dans l'établissement s'inscrivent dans le respect des principes et valeurs définis par la charte nationale des droits et libertés de la personne âgée dépendante.

Le résident est une personne qui a droit au respect de ses libertés fondamentales, qui s'exprime dans le respect réciproque :

- des personnels ;
- des intervenants extérieurs ;
- des autres résidents.

L'exercice des droits et libertés individuelles est garanti à toute personne prise en charge au sein de ces unités. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :

- le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;
- une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit être systématiquement recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;
- la confidentialité des informations la concernant ;
- l'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge selon les modalités fixées par voie réglementaire ;
- une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;
- la participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne ;
- la liberté d'opinion ;
- la liberté de culte.

#### *Personne qualifiée*

Toute personne prise en charge par un établissement (ou sa famille ou son représentant légal) peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits en cas de litige, à une personne qualifiée.

La personne qualifiée est choisie sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département, le directeur général de l'Agence Régionale de Santé et le président du conseil départemental.

## III.2. Conditions de séjour

### III.2.1. Harmonie et bon fonctionnement de la vie collective

L'harmonie et le bon fonctionnement de la vie collective supposent le respect de quelques règles de conduite :

- la vie collective et le respect des droits et des libertés respectifs impliquent des attitudes qui rendent la vie plus agréable : délicatesse, politesse, courtoisie, convivialité voire solidarité ;

- chacun peut circuler et sortir librement sauf contre-indication médicale. En cas d'absence, afin d'éviter toutes inquiétudes et d'organiser le service, l'information sur les absences sera donnée à l'infirmière ou au secrétariat;

- les visites sont autorisées tous les jours sans limitation d'heure, sauf cas particulier. Toutefois, les visiteurs ne doivent pas troubler la sérénité des lieux ni en gêner le fonctionnement ;

- l'abus de boissons alcoolisées est interdit ;

- la possession d'armes ou de dispositifs assimilés au sein de la résidence est interdite ;

- il est interdit de fumer dans l'établissement sauf dans les lieux prévus à cet effet ;

- l'utilisation d'appareil de radio, de télévision ou de tout autre système phonique se fera avec discrétion. Ces appareils doivent faire l'objet d'un certificat de conformité. En cas de difficultés auditives, le port d'écouteurs sera demandé ;

- les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants ne peuvent rendre visite aux patients sans l'avis préalable du directeur. Il en va de même pour les bénévoles extérieurs, qu'ils appartiennent ou non à une association.

### III.2.2. Vie dans le service

## Visites

La présence de la famille et des amis, le plus souvent possible est une condition fondamentale de la qualité du séjour. Pendant toute la durée de celui-ci, l'information et la communication entre la famille et l'établissement doivent être maintenues, y compris pendant les périodes d'hospitalisation éventuelles. Dans ce cas, la famille est invitée à préparer avec l'établissement le retour du patient dans l'unité.

## Logement

Le logement est meublé par l'établissement. Il est néanmoins possible et conseillé de le personnaliser (fauteuil, commode, table, bibelots, photos…) d'une manière compatible avec l'état de santé, la superficie affectée et la sécurité, tant pour le résident que le personnel et les visiteurs accueillis.

Lorsque l'exécution de travaux nécessite l'évacuation temporaire des lieux, le cadre en informe la personne accueillie qui ne peut s'y opposer. Le directeur s'engage dans ce cas à reloger le résident pendant la durée des travaux dans les conditions qui répondent à ses besoins.

## Argent – Bijoux - Valeurs - Mobilier - Autres

### *Possibilité de conserver un objet déposé*

Avec l'accord d'EPSYLAN, il est possible pour les personnes hébergées de garder par devers elles certaines choses mobilières comme, par exemple, meubles, postes de radio ou de télévision, objet de l'environnement quotidien de faible valeur comptable. Il est nécessaire, au préalable, de procéder à la formalité de dépôt de ces objets.

Cette possibilité, ouverte par l'article 3 du décret du 27 mars 1993, a pour but de permettre aux personnes âgées hébergées de conserver, sous la responsabilité de l'établissement, des objets faisant partie de leur cadre habituel de vie. Les objets sont alors mis en "dépôt feint".

La possession d'armes ou de dispositifs assimilés est formellement prohibée.

### *Objets déposables auprès du Trésorier*

La possibilité de conserver un objet déposé ne peut pas concerner les sommes d'argent, les titres ou valeurs mobilières, les moyens de règlement ou les objets de valeurs qui doivent être

nécessairement déposés chez le Trésorier de l'établissement (article 2 du décret du 27 mars 1993). En l'absence d'un tel dépôt, l'administration se dégage de toute responsabilité en cas de perte ou de vol.

## *Procédure*

Lorsque la personne admise ou hébergée décide de conserver auprès d'elle durant son séjour un ou plusieurs objets susceptibles d'être déposés, la responsabilité de l'établissement ne peut être engagée que si :

- il ne s'agit pas de sommes d'argent, de titres ou valeurs mobilières, de moyens de règlement ou d'objets de valeur ;

- les formalités de dépôt ont été accomplies (remise par le dépositaire au déposant d'un reçu contenant l'inventaire contradictoire et la désignation des objets déposés et, le cas échéant, conservés par lui) ;

- le directeur de l'établissement ou une personne habilitée a donné son accord à la conservation du ou des objets par cette personne.

Lors de la sortie définitive de l'établissement, le déposant se voit remettre, à l'occasion de l'accomplissement des formalités de sortie, un document l'invitant à procéder au retrait des objets déposés.

Le retrait des objets abandonnés par la personne admise ou hébergée à sa sortie sont déposés au bout d'un an de non réclamation à la caisse des dépôts et consignations ou au service des domaines, s'il n'avait pas été procédé à leur dépôt auparavant et sauf instructions contraires de sa part.

## *Assurances*

La personne accueillie ou son représentant doit souscrire une assurance garantissant la responsabilité civile en cas de dommages causés aux tiers ou aux biens de l'établissement. De plus, il est fortement conseillé de souscrire une assurance couvrant les biens personnels déposés dans la chambre, en application de la loi n°92614 du 6 juillet 1992 et de décret n°93-550 du 27 mars 1993 précité.

## *Formalités de dépôt des objets détenus après le départ ou le décès*

L'inventaire de l'ensemble des objets ayant été détenus par les personnes est établi par deux agents de l'établissement.

Les objets sont ensuite mis en dépôt et restitués à la famille par le Trésorier de l'établissement contre remise du certificat d'hérédité délivré par la mairie du lieu de décès.

Pour les personnes bénéficiaires de l'aide sociale, une procédure particulière est mise en œuvre en relation avec le Trésorier de l'établissement et le service solidarité du conseil départemental.

# Chapitre 4 : Dispositions relatives aux personnels

## IV.1. Principes fondamentaux

### IV.1.1. Principes fondamentaux du service public

#### Principe de continuité du service public

L'obligation impérieuse d'assurer la continuité du service public implique que le personnel prenne ses fonctions à l'heure prévue et ne quitte le service que lorsque la relève est assurée.

La continuité du service public hospitalier implique le recours aux astreintes qui, en vertu du décret n°2007-826 du 11 mai 2007 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements de santé, ont pour objet de faire face au caractère exceptionnel de certaines interventions incombant à l'établissement dans le cadre de la continuité des soins, d'accueil et de prise en charge des personnes.

Elles visent à permettre toute intervention touchant à la sécurité et au fonctionnement des installations et des équipements y concourant, lorsqu'il apparaît que ces interventions ne peuvent être effectuées par les seules personnes en situation de travail effectif dans l'établissement. Par conséquent, les personnels assurant leur service d'astreinte doivent pouvoir être joints par tous les moyens appropriés, à la charge de l'établissement, pendant toute la durée de cette astreinte. Le directeur établit, après avis du comité technique d'établissement, la liste des activités, des services, des catégories de personnels concernés par les astreintes, ainsi que le mode d'organisation retenu.

#### Principe de neutralité du service public

Toute personne est tenue au sein de l'hôpital au respect du principe de neutralité du service public dans ses actes comme dans ses paroles.

Conformément à ce principe, le fait pour un agent d'EPSYLAN à Blain de manifester dans l'exercice de ses fonctions ses croyances politiques ou religieuses, notamment en portant un signe destiné à marquer son appartenance à une religion, constitue un manquement à ses obligations dès lors que ce signe constitue un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou qu'il perturbe le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public.

De même, tout personnel d'EPSYLAN doit, dans le cadre de ses fonctions, prendre en charge, avec la même conscience, tous les patients ou usagers du service public, quels que soient leur condition, leur nationalité, leur religion, leur réputation et les sentiments qu'ils lui inspirent.

### IV.1.2. Principes liés au respect des patients

#### Sollicitude envers les patients

Le personnel hospitalier a le devoir de satisfaire aux demandes d'information des usagers en toutes circonstances et dans le respect des règles énoncées dans le présent règlement.

A tous les échelons, il s'efforce d'assurer aux patients dont il a la charge le maximum de confort physique et moral.

Pendant le service, le personnel ne doit tenir, en présence des patients ou des visiteurs, aucun propos de nature à troubler le climat de sécurité, de calme et de sérénité indispensable à la vie en milieu hospitalier.

## Respect de la personne et de son intimité

Le respect de l'intimité du patient et du résident doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales et d'une manière générale à tout moment de son séjour hospitalier.

Les patients et résidents ne peuvent être amenés à participer à des présentations de cas destinés à des étudiants ou stagiaires sans avoir donné au préalable leur consentement. Il ne peut être passé outre à leur refus.

Le personnel et les visiteurs extérieurs doivent frapper avant d'entrer dans la chambre du patient et du résident.

Le tutoiement et toute forme de familiarité avec les patients et résidents sont proscrits, sauf accord explicite de ces derniers.

## Accueil de la famille, des proches, de la personne de confiance du patient

Sauf opposition expresse consignée dans son dossier médical, la famille, les proches, la personne de confiance du patient et du résident doivent être accueillis et informés avec tact et ménagement, en toutes circonstances.

## Respect de la liberté de conscience et d'opinion des patients et visiteurs

La liberté de conscience et d'opinion des patients, résident et visiteurs doit être rigoureusement respectée.

Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les patients ou leur famille qui doivent, notamment, être tenus à l'écart des mouvements à caractère syndical du personnel susceptible d'apparaître dans EPSYLAN à Blain.

### IV.1.3. Secret professionnel

## Secret professionnel d'ordre général et collectif

L'article L. 1110-4 du code de la santé publique consacre le droit des patients au secret des informations les concernant.

L'article 226-13 du code pénal punit la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.

L'ensemble du personnel hospitalier est tenu au secret professionnel.

L'article R. 4127-4 du code de la santé publique dispose que le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Il couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, non seulement ce qui lui a été confié mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

Seul un juge d'instruction ou un officier de police judiciaire agissant sur commission rogatoire d'un magistrat peuvent requérir la délivrance de certificats ou la saisie de dossier dans les conditions fixées par la loi.

En l'absence d'opposition des patients, les indications médicales ne peuvent être données que par les médecins et dans le strict respect des dispositions du code de déontologie.

Toute communication à des personnes étrangères à l'établissement, et notamment à des journalistes, agents d'assurance ou démarcheurs, est rigoureusement interdite.

## Obligation de réserve et de discrétion professionnelle

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les agents hospitaliers sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle pour les faits dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

En dehors des cas expressément prévus par la législation, notamment en matière d'accès aux documents administratifs, les personnels ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent.

Les personnels sont tenus, dans l'exécution de leur service, au devoir de stricte neutralité qui s'impose à tout agent collaborant au service public. Ils s'abstiennent notamment de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou discourtois, susceptibles d'importuner ou de choquer les patients, résidents, visiteurs et les autres agents de l'établissement.

# IV.2. Dispositions spécifiques au personnel non médical

## Catégories

Le personnel non médical d'EPSYLAN comprend des agents titulaires, stagiaires et contractuels.

Ils sont répartis en filières professionnelles définies notamment par des statuts particuliers :

- personnel administratif et de direction ;
- personnel des services de soins ;
- personnel de rééducation ;
- personnel médicotechnique ;
- personnel socio-éducatif ;
- psychologues ;
- personnel technique ;
- personnel ouvrier.

## Livret d'accueil

Un livret d'accueil est remis à tout agent intégrant EPSYLAN à Blain. Une procédure d'accueil des nouveaux arrivants, visant notamment à leur présenter l'hôpital, est mise en œuvre.

La charte d'utilisation des technologies de l'information et de la communication est un code propre à l'ensemble des agents d'EPSYLAN. Dans le cadre de la législation, elle a pour objet de définir les règles d'utilisation, de rappeler les principes de responsabilités pour instaurer un usage correct et courtois des ressources informatiques, téléphoniques et des services Internet (cf. annexe).

Elle est signée par chaque personne exerçant au sein de l'établissement.

## Classeur des règles intérieures pour le personnel non médical

Le classeur des règles intérieures pour le personnel non médical contient toutes les indications concernant les règles de gestion appliquées au personnel d'EPSYLAN à Blain.

## Interdiction d'exercer une activité privée lucrative

Il est interdit à tout agent titulaire, stagiaire, même à temps partiel, d'exercer à titre professionnel une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit, sauf exceptions règlementaires.

Des dérogations sont autorisées notamment pour des missions d'enseignement et d'expertise, dans le cadre de la réglementation sur les cumuls des rémunérations. Les agents doivent impérativement solliciter la direction d'EPSYLAN.

## Service de santé au travail

Ce service a pour missions :

- d'assurer le suivi médical du personnel hospitalier au décours de différentes visites médicales (embauche, visite annuelle, vaccinations, surveillance spéciale en fonction des risques des personnes, après arrêt pour accident de travail ou maladie supérieure à 30 jours, visite de pré-reprise, visite à la demande de l'agent) ;

- d'agir sur le lieu de travail dans le cadre de la prévention des risques liés au travail et de l'adaptation du travail à l'homme (aménagement de poste).

## Assistance au personnel

Dans le cadre du contrat local d'aménagement des conditions de travail, signé en septembre 2007, et au projet d'établissement, un temps d'assistant social est mis à disposition du personnel de l'établissement.

## Dissimulation du visage

Il est rappelé que la loi n° 2010-1192 du 11 octobre 2010 interdit la dissimulation du visage dans l'espace public.

Cette interdiction ne s'applique pas si le port d'une tenue qui dissimule le visage :

- est prescrit ou autorisé par la loi,

- s'inscrit dans le cadre de pratiques sportives, de fêtes ou de manifestations artistiques ou traditionnelles,

- est justifié par des raisons de santé ou des motifs professionnels.

# IV.3. Principes de la bonne conduite professionnelle

### IV.3.1. Présence au travail des personnels

## Assiduité et ponctualité

L'assiduité et la ponctualité du personnel médical et non médical, administratif, technique et ouvrier font partie des conditions essentielles du bon fonctionnement d'EPSYLAN à Blain.

Les horaires sont fixés par les tableaux de service, sur la base de plannings prévisionnels de travail. Ils sont établis au regard de l'exigence de continuité du service public hospitalier et validés par les instances.

## Absences

En cas d'impossibilité de prendre son travail comme prévu, l'agent doit, sans délai, en avertir le responsable de son service et, si besoin, l'astreinte de direction joignable par l'intermédiaire du standard. En cas de maladie, le justificatif d'arrêt doit parvenir dans un délai de 48 heures à la direction des ressources humaines et au cadre du service.

Toute absence pour congés annuels, congés liés à la réduction du temps de travail ou autorisations diverses, doit faire l'objet d'un accord du responsable hiérarchique.

## Exécution des instructions reçues

Tout agent de l'hôpital, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public.

En cas d'empêchement de l'agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, un autre agent ayant reçu d'une autorité responsable l'ordre d'exécuter ce travail ne peut s'y soustraire pour le motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade.

Toutefois, l'application de ce principe ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions règlementées par dispositions législatives.

### *En matière de matériovigilance*

Le fait, pour le fabricant, les utilisateurs d'un dispositif et les tiers ayant eu connaissance d'un incident ou d'un risque d'incident mettant en cause un dispositif médical ayant entraîné ou susceptible d'entraîner la mort ou la dégradation grave de l'état de santé d'un patient, d'un utilisateur ou d'un tiers, de s'abstenir de le signaler sans délai à l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé est puni de quatre ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende.

### *En matière de pharmacovigilance*

Sont concernés par l'obligation de notification des effets indésirables graves ou inattendus les médecins et pharmaciens. Mais tout autre professionnel de santé (infirmier, kinésithérapeute…) ainsi que les patients souhaitant participer au système de pharmacovigilance peuvent également le notifier au centre régional de pharmacovigilance.

## IV.3.2. Comportement et tenue des personnels

### Dispositions relatives à la violence au travail

La violence peut être verbale ou physique. Elle peut concerner les patients, les résidents ou les personnels de l'établissement.

En ce qui concerne les personnels de l'établissement, la violence peut s'exercer dans le cadre des relations professionnelles en prenant la forme d'un harcèlement moral ou sexuel susceptible de porter atteinte aux droits et à la dignité, d'altérer la santé physique ou mentale ou de compromettre l'avenir professionnel de l'agent victime.

En vertu des dispositions de la loi de modernisation sociale n° 2002-73 du 17 janvier 2002, il est de la responsabilité du directeur d'engager les actions nécessaires à l'arrêt de toute pratique de violence, de mettre en œuvre une politique de prévention des formes de violence dans l'établissement et de garantir l'aide aux victimes.

Tout comportement de violence, de harcèlement moral ou sexuel étant formellement interdit, il doit être signalé par la victime ou tout témoin de tels agissements à la direction.

### Téléphone portable

L'utilisation du téléphone portable personnel doit rester exceptionnelle et compatible avec les nécessités du service.

### Exigence d'une tenue correcte

Une tenue irréprochable dans l'habillement professionnel comme dans le langage est exigée de l'ensemble du personnel au sein de l'hôpital.

La familiarité à l'égard des patients, des résidents et des usagers est formellement proscrite.

### Tenue vestimentaire au travail

Toutes les personnes exerçant d'EPSYLAN doivent adopter les tenues vestimentaires ou de travail usuelles et appropriées à leurs services.

La tenue vestimentaire ou de travail, qui doit être conforme aux principes de neutralité et de laïcité du service public, est portée pendant toute la durée du service.

Le port des tenues de travail est interdit au restaurant du personnel et à l'extérieur d'EPSYLAN lorsque le personnel n'est pas en service.

## Entretien des vêtements professionnels

EPSYLAN assure gratuitement la fourniture et le blanchissage des vêtements de travail aux agents ayant l'obligation de porter une tenue de travail pendant qu'ils sont en service.

Avant leur envoi à la blanchisserie, toutes les poches des vêtements doivent être vidées pour éviter les pertes d'objets et les accidents pour les personnels qui les traitent. En cas de perte ou de détérioration des vêtements de travail, les agents peuvent être tenus de les rembourser.

## Identification du personnel

Une identification du personnel a été instituée sur les tenues de travail pour le personnel qui en porte. Elle comporte le nom et le grade de l'agent.

Il convient que tout agent respecte ce principe d'identification établi dans un souci d'humanisation de l'établissement hospitalier.

## Respect des règles d'hygiène et de sécurité

Les personnels ont l'obligation d'appliquer les mesures de prévention prises pour assurer la sécurité générale de l'hôpital, des patients et résidents.

Dans ce cadre, il est rappelé que la participation de chaque agent aux formations "incendie" est obligatoire.

Les personnels sont tenus de prendre connaissance des protocoles d'hygiène en vigueur dans l'établissement pour lutter efficacement contre les infections nosocomiales. Ils doivent notamment porter, en présence des patients, les tenues fournies par l'établissement et respecter l'interdiction de fumer (voir point n°8).

## Interdiction de fumer et de consommer des boissons alcoolisées

Pour des raisons d'hygiène et de sécurité, et selon les termes de la loi n° 76-619 du 9 juillet 1976 modifiée et du décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006, il est strictement interdit de fumer dans l'ensemble des locaux de l'établissement.

Par ailleurs, conformément aux dispositions de l'article L. 232-2 du code du travail, le personnel ne doit ni introduire, ni consommer de boissons alcoolisées dans l'enceinte de l'établissement.

## Conservation en bon état des locaux, matériels et effets

Tout membre du personnel doit veiller à conserver en bon état les locaux, matériels, effets et objets de toute nature mis à disposition par EPSYLAN.

En cas de dégradation volontaire ou d'incurie caractérisée, un remboursement est exigé.

## Obligation de déposer les biens trouvés ou confiés par les patients à l'hôpital

Aucun agent d'EPSYLAN ne doit conserver des dépôts d'argent, valeurs ou d'objets appartenant à des patients.

Ces dépôts doivent être versés, sans délai, au régisseur des recettes disposant d'un coffre-fort à cet effet selon la procédure arrêtée dans l'établissement.

## Interdiction des pourboires et des gratifications

Le personnel ne doit accepter aucun pourboire, rémunération, cadeau de la part des patients, résidents, de leurs familles et des visiteurs.

## Lutte contre le bruit

Chaque membre du personnel doit participer à la lutte contre le bruit, tout particulièrement la nuit, dans les services de soins (port de chaussures adaptées …).

## Utilisation des véhicules d'EPSYLAN

Le code de la route est strictement appliqué, à l'extérieur comme à l'intérieur d'EPSYLAN.

Les utilisateurs doivent procéder à la tenue du carnet de bord des véhicules utilisés.

Toute anomalie de fonctionnement constatée sur un véhicule doit être immédiatement signalée au responsable du garage qui prendra les mesures adéquates.

## Responsabilité par rapport aux effets et aux biens personnels

Chaque agent est responsable de ses effets et biens personnels comme de sa carte de self et des clés professionnelles. En cas de perte, le coût de celles-ci lui sera facturé.

Tout vol ou perte, voire déprédation d'argent, de valeurs ou d'objets divers ne peut être imputé à la responsabilité de l'établissement.

### IV.3.3. Avantages matériels

## Restaurant du personnel

Un restaurant est à la disposition des personnels d'EPSYLAN à Blain pour les repas du midi. Il est ouvert du lundi au vendredi (à l'exception des jours fériés) de 12 h à 14 h.

Le paiement des repas du personnel, qui s'effectue par carte magnétique, est retenu sur le salaire du mois suivant.

## Accident de trajet du personnel

Tout accident survenu à un agent, lors des trajets aller/retour de son domicile au lieu de travail est considéré comme un accident de trajet au sens des textes en vigueur. Il en est de même lorsque l'agent est en mission ou amené à se déplacer entre les différents sites pour des raisons de service ou en raison de la nature de ses fonctions, y compris syndicales. La déclaration doit être rédigée sur le document ad hoc selon la procédure en vigueur.

## Prise en charge des soins des personnels

Elle est accordée exclusivement aux agents titulaires et stagiaires dans les conditions qui sont développées dans la fiche n°49 du classeur "règles intérieures de gestion du personnel non médical". Toutefois, les prestations correspondantes sont déclarées à l'URSSAF au titre des avantages en nature.

## Amicale du personnel

Celle-ci est ouverte à tout membre du personnel, moyennant le paiement d'une cotisation annuelle. Les renseignements concernant l'amicale du personnel, notamment les prestations proposées, sont consultables sur le site intranet de l'établissement.

Des permanences se tiennent dans le bâtiment "Cottage" à proximité de l'accueil.

## IV.4. Expression des personnels

### Droit syndical

Le droit syndical est garanti aux personnels de l'hôpital.

Les organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions, après accord de la direction. Ces réunions ne peuvent se tenir que dans des lieux n'accueillant pas les patients. Les organisations syndicales disposent d'autorisations spéciales d'absence et de décharges d'activités de service.

Le directeur garantit l'exercice du droit syndical et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis des usagers.

### Droit de grève et service minimum

Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le règlementent avec l'obligation d'assurer la continuité du service public, ainsi que la sécurité des patients et résidents ainsi que des installations.

En conséquence, un service minimum est mis en place par la direction, conformément au plan d'assignations arrêté après avis du CTE.

La participation à un mouvement de grève hors assignation pendant les heures de travail entraîne une retenue de traitement proportionnelle à la durée de l'arrêt de travail.

Tous ces droits sont décrits dans les règles intérieures de l'hôpital.

# Chapitre 5 : Dispositions relatives à la permanence des soins et à la sécurité

## V.1. Continuité et permanence des soins

### V.1.1. Continuité des fonctions de direction

#### Astreinte de direction

Elle est assurée par :

- les membres de l'équipe de direction,
- les attachés d'administration hospitalière,
- les cadres supérieurs de santé.

Elle assume toutes les responsabilités administratives concernant la marche de l'établissement et est contactée par l'intermédiaire du cadre de santé de garde pour tout problème particulier intervenant pendant la garde.

Le changement d'astreinte de direction intervient le vendredi à 12 heures. L'ordinateur portable doit être remis au secrétariat de direction au plus tard en fin de matinée.

La personne d'astreinte de direction est contactée par le cadre d'accueil en cas de situation de suroccupation, afin d'effectuer une recherche de place auprès des établissements extérieurs. Il est possible d'utiliser le formulaire permettant de tracer la recherche de lit (à partir du sommaire localisé dans le dossier informatique « garde de direction »).

#### Permanence des cadres de santé

Les cadres de santé des services de psychiatrie adulte assurent les gardes à l'accueil aux horaires suivants :

- de 8 h 30 à 16 h 45 en semaine ;
- de 9 h à 17 h 15 les week-end et jours fériés.

Les cadres de santé :

- assurent l'accueil et la permanence des soins,
- assurent une mission de gestion des ressources humaines, spécifique à ce poste,
- assurent une gestion logistique et matérielle,
- assurent la veille documentaire,
- participent à la sécurisation du site.

Les cadres doivent contacter l'astreinte de direction en cas de disparition de patients ou pour tout problème particulier.

### V.1.2. Permanence des soins

Suite à la modification de l'arrêté du 30 avril 2003 par l'arrêté du 8 novembre 2013 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique

dans les établissements publics de santé, un règlement intérieur définissant les modalités de mise en œuvre et de suivi du nouveau dispositif est élaboré en fonction de la nature des organisations médicales et des activités, afin d'adapter la déclinaison opérationnelle des dispositions relatives aux astreintes.

Ce règlement intérieur de fonctionnement des astreintes est proposé par la COPS, intégré dans le règlement intérieur de l'établissement arrêté par le directeur, après avis de la CME et concertation du directoire.

## Définition de la permanence des soins

La notion de « permanence des soins » désigne la continuité des soins et la permanence pharmaceutique.

L'organisation des activités médicales comprend un service quotidien de jour organisé en demi-journées du lundi au samedi matin inclus, et un service relatif à la permanence des soins, pour la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés, sous forme de permanence sur place ou par astreinte à domicile.

## Organisation de la permanence des soins

EPSYLAN organise sa permanence des soins de la façon suivante :

### *Garde médicale*

La garde médicale est assurée sur le site d'EPSYLAN par :

- les internes et faisant fonctions d'interne,
- les assistants généralistes,
- les praticiens hospitaliers en médecine générale.

Ils sont appelés en première instance pour tous les motifs médicaux, et jugent de l'opportunité de l'appel du médecin d'astreinte.

En semaine, la garde débute à 18 h 00 et s'achève le lendemain à 9 h 00.

Le samedi, elle débute à 13 h et s'achève à 9h le lendemain. Le médecin de garde le samedi assure la présence médicale somatique d'EPSYLAN. le samedi matin (9 h – 13 h).

Les dimanches et les jours fériés, la garde débute à 9 h 00 et s'achève à 9h00 le lendemain.

### *Permanences médicales*

Les permanences médicales permettent une disponibilité médicale pour l'urgence somatique, les soins psychiatriques urgents et l'accueil lors des heures ouvrables.

Il existe trois permanences joignables par téléphone :

- La permanence pour l'urgence somatique (9 h – 18 h quotidiennement en semaine) assurée par les médecins somaticiens d'EPSYLAN. Elle est interpellée en l'absence ou en cas d'indisponibilité du médecin référent habituel ou pour les accidents de travail.

- La permanence accueil (9 h – 18 h quotidiennement en semaine), assurée par les internes de psychiatrie et de médecine générale. Elle permet, en lien avec les psychiatres, de réaliser l'accueil des patients.

- La permanence psychiatrique (13 h 30 – 18 h quotidiennement en semaine, les jours ouvrables et le samedi de 9 h à 12 h 30 sauf si ce jour est férié), assurée par les psychiatres de l'établissement. Elle est interpellée par la permanence accueil en l'absence d'un psychiatre dans le service et répond à l'urgence psychiatrique et à l'accueil ainsi qu'aux obligations fixées par la loi de juillet 2011.

En matinée, un psychiatre sur chaque secteur est disponible pour cette tâche.

### *Astreinte psychiatrique*

L'astreinte psychiatrique est assurée par :

- les praticiens hospitaliers de psychiatrie adulte (psychiatre)
- les assistants spécialistes

Elle est contactée par le médecin de garde pour tout problème d'ordre médical et par le cadre de santé ou l'infirmier de l'accueil permanent hospitalier pour les problèmes liés à l'aspect administratif de l'admission (certificats médicaux...) Elle peut exceptionnellement être contactée directement en cas d'indisponibilité du médecin de garde.

En semaine, l'astreinte débute à 18 h 00 et s'achève le lendemain à 9 h 00.

Le samedi, elle débute à 12 h 30 et s'achève à 9 h 00 le lendemain.

Le dimanche et les jours fériés, elle débute à 9 h 00 et s'achève à 9 h 00 le lendemain.

Si le lundi est férié, l'astreinte est prolongée jusqu'au mardi matin.

Le psychiatre de première astreinte est joint sur le portable ou à son domicile par le standard en tant que de besoin. Il rédige en semaine les certificats, les avis psychiatriques à la demande du médecin de garde ou du cadre de santé ou de l'infirmier de l'accueil permanent hospitalier.

Un second psychiatre d'astreinte peut également être joint par le cadre de santé ou l'infirmier de l'accueil permanent hospitalier pour la signature des certificats concernant les soins sans consentement le dimanche matin ou les jours fériés.

Le samedi matin de 9 h à 12 h 30, en dehors des jours fériés, le psychiatre de « double astreinte » assure la permanence psychiatrique. Il visite les malades en CSI sauf s'il s'agit d'un isolement protocolisé ; il intervient également auprès d'un patient à la demande de son médecin référent (pour un besoin spécifique) ou du médecin de garde. Il peut également être sollicité pour établir des certificats médicaux nécessaires dans le cadre de la loi du 5 juillet 2011.

*Une astreinte de pédopsychiatrie* est organisée à l'échelle du département, elle fait l'objet d'une convention inter-établissements et est gérée par la direction des affaires médicales du CHU de Nantes.

## Modalités de décompte et d'indemnisation des astreintes

Les obligations de service hebdomadaires sont fixées à 10 demi-journées pour un temps plein. La permanence du samedi matin rentre dans les obligations de service, elle donne donc lieu à récupération au-delà de ces 10 demi-journées, et n'est pas indemnisée.

Compte tenu de la réforme de la loi du 5 juillet 2021, l'astreinte psychiatrique à domicile prend la forme d'une astreinte opérationnelle et non plus de sécurité, en dehors des heures et jours ouvrables (nuit, fériés, weekend en dehors du samedi matin) qui peut donner lieu à déplacement.

L'indemnité forfaitaire des astreintes, qui correspond à la rémunération de la sujétion téléphonique, est modifiée sur la base de l'indemnité opérationnelle.

Au cours d'une astreinte, le temps d'intervention sur place et le temps de trajet constituent du temps de travail effectif, cumulé par plage de 3 heures.

Le temps d'intervention réalisé sur place est décompté à l'heure.

Le temps de trajet est décompté forfaitairement à hauteur d'une heure aller-retour. Il est plafonné à deux heures pour une période d'astreinte. Les déplacements d'une durée d'intervention sur place sont décomptés en demi-journée.

Le samedi après-midi représente une demi-période d'astreinte pour laquelle le plafond du temps de trajet est ramené à une heure.

Le décompte du temps d'intervention sur place et du temps de déplacement ne peut dépasser deux demi-journées.

Au choix du praticien, chaque plage de trois heures cumulées est convertie en :

- une demi-journée d'obligation de service (récupérée ou versée au CET) à laquelle s'ajoute une demi-indemnité de sujétion, OU

- une rémunération à hauteur d'une demi-période de temps de travail additionnel de nuit (TTA), sous réserve de la réalisation des obligations de service.

A l'issue du quadrimestre, le bilan des plages à comptabiliser dans les obligations de service ou des plages à rémunérer sous forme de TTA est établi.

Les indemnités de sujétion (IS) sont versées mensuellement. Les indemnités de TTA sont versées au terme de chaque quadrimestre, après déduction le cas échéant, des indemnités de sujétion déjà versées pour les mêmes périodes de temps de travail.

Le repos quotidien est de onze heures consécutives par période de vingt-quatre heures. Il prend effet à compter du dernier déplacement effectué au cours de l'astreinte. En fonction des nécessités de service, il peut être à titre dérogatoire différé dans la semaine.

## Modalités de mise en œuvre et de suivi

Le directeur prépare avec la COPS l'organisation des activités et du temps de présence médicale après consultation des chefs de pôle. Cette organisation est arrêtée annuellement par le directeur d'établissement après avis de la CME.

Les besoins prévisionnels de recours à des contrats de temps additionnel sont arrêtés par le chef de pôle et inscrits dans le contrat de pôle.

Un tableau de service nominatif est arrêté mensuellement, avant le 20 de chaque mois pour le mois suivant, par le directeur sur proposition du chef de pôle. Ce tableau comporte l'indication des périodes de temps de travail de jour et de nuit et d'astreinte à domicile, en précisant le nom et la qualité du médecin qui en est chargé.

La participation à la permanence des soins est une obligation statutaire ; le recours au temps de travail additionnel est basé sur la règle du volontariat, qu'il s'agisse des situations de recours prévisionnel ou de recours ponctuel à du TTA. Chaque année, le médecin doit s'engager contractuellement dans le recours au TTA ; le praticien peut dénoncer ce contrat sous réserve de respecter un préavis d'un mois.

La COPS élabore le modèle de contrat de temps de travail additionnel ; il est validé par le directeur après avis de la CME.

Dans le cadre d'un déplacement lors de l'astreinte psychiatrique, un carnet à souches validant l'intervention est complété par le médecin à l'accueil ; il comporte les informations suivantes :

- l'heure de l'appel reçu au cours de l'astreinte,

- ses heures d'arrivée et de départ de l'hôpital,

- l'IPP pour chaque patient soigné et l'indication des soins dispensés.

Ce relevé d'activité transmis à la DRH permet d'assurer le décompte et l'indemnisation du temps d'intervention sur place et du forfait trajet. Il permet également, si le praticien a fait le choix du TTA, de renseigner le registre du temps de travail additionnel.

Un registre du temps de travail additionnel est mis en place et comporte les informations suivantes :

- contrats individuels signés,

- spécialité concernée,

- périodes et heures de temps de travail additionnel effectuées par chacun des praticiens.

Ce registre est examiné périodiquement par la COPS qui rend compte à la CME.

La commission régionale paritaire (CRP), instance de dialogue social pour les personnels médicaux au niveau régional, peut être le lieu d'échanges et retours d'expérience, au regard de l'application de la réglementation.

### V.1.3. Dispositif d'urgence médico-psychologique (CUMP/CUPL)

## Organisation

La CUMP (cellule d'urgence médico-psychologique) est composée d'une équipe de personnels volontaires formés, qui sont coordonnés par le médecin psychiatre responsable départemental de la CUMP. Une liste est arrêtée annuellement pour EPSYLAN.

*Différenciation CUMP / Cellule d'urgence psychologue locale (CUPL)*

| | **Interventions CUMP** | **Interventions CUPL** | |
|---|---|---|---|
| Champ d'applica | Situation de catastrophe impliquant le déclenchement d'un plan de secours<br><br>Situation d'urgence nécessitant l'intervention de la CUMP après concertation du médecin régulateur du SAMU et du médecin responsable départemental de la CUMP et information du préfet | Intervention locale sollicitée par les autorités publiques en appui des dispositifs sectoriels sur des événements sociaux à fort retentissement psychologique et/ou médiatique (cf. procédure « mise en place de la CUPL » PR/SEC/004) | |
| Qui déclench | Médecin régulateur du SAMU après avis du médecin psychiatre responsable départemental de la CUMP et information auprès du préfet | Centre 15<br>SAMU/SMUR<br>Autre autorité publique | Avec l'accord de la direction de l'hôpital |

## Attributions

Les interventions de la CUMP concernent les situations de catastrophe impliquant le déclenchement d'un Plan de secours à l'initiative de l'autorité préfectorale. Certaines situations d'urgence peuvent également nécessiter l'intervention de la CUMP après concertation du Médecin régulateur du SAMU et du Médecin responsable départemental de la CUMP.

Ces interventions ne concernent pas les situations dans lesquelles des autorités publiques sollicitent pour des évènements sociaux à fort retentissement psychologique et/ou médiatique, le concours de professionnels formés à la prise en charge psychiatrique ou au soutien psychologique, qui relèvent en première intention des structures de psychiatrie sectorielles ou intersectorielles, et dont les conditions de mise en œuvre sont soumises à d'autres dispositions.

*Missions de la CUMP*

- Assurer les soins et le soutien aux blessés psychiques et préparer les évacuations éventuelles assurer les soins aux victimes et personnes impliquées ;

- Préparer le relais à prendre par les équipes de secteur ou des praticiens libéraux tenir informé le psychiatre référent départemental.

*Missions de la CUPL*

Elles concernent une réponse aux situations d'urgence médico psychologique dans le cadre d'accidents à fort retentissement psychologique ou impact médiatique. Les interventions de la CUPL s'appuient par ailleurs sur les dispositifs sectoriels.

## Fonctionnement

Une procédure interne d'EPSYLAN décrit les modalités de déclenchement et de mise en œuvre des équipes intervenant dans le cadre de la CUMP. Par ailleurs, une convention est signée entre le CHU de Nantes et les établissements du département ayant une activité de psychiatrie.

Les directeurs des établissements de santé concernés délivrent un ordre de mission permanent au personnel volontaire. Pendant ces interventions, le personnel médical et paramédical est couvert par le régime « accident du travail » de son établissement.

Durant l'intervention, le professionnel est placé sous l'autorité du médecin responsable départemental de la CUMP mais reste sous la responsabilité d'EPSYLAN à Blain (couvert par le régime « Accident de service »).

Le transport des volontaires mobilisés est effectué soit par un véhicule de service mis à disposition, soit par leur véhicule personnel. Dans ce dernier cas, ils sont indemnisés de leur frais de transport selon le tarif en vigueur.

Le temps consacré aux interventions, en dehors des heures fixées par le tableau de service, donne lieu à récupération et/ou indemnisation selon la réglementation en vigueur et les procédures internes d'EPSYLAN à Blain.

## V.2. Dispositions relatives à la sécurité

### V.2.1. Règles de circulation et de stationnement

## Règles de circulation

Les règles applicables à la circulation des personnels et des usagers sont définies dans le présent règlement intérieur. Dans l'intérêt de tous, elles ont pour but d'assurer la sécurité d'EPSYLAN et la tranquillité des lieux.

L'autorisation de circuler et de stationner est une simple tolérance de l'établissement. Elle ne saurait engager la responsabilité de l'établissement en cas d'accident de la circulation, de vol de véhicule ou de déprédations.

Les dispositions du code de la route, matérialisées par la signalisation adéquate, sont applicables dans l'enceinte d'EPSYLAN.

La vitesse y est limitée à 30 km/heure, exception faite de l'allée menant de l'entrée principale au terrain de football, qui bénéficie d'une tolérance établie à 50 km/heure.

Tout conducteur de véhicule et de moto doit éviter les comportements générateurs de bruit.

L'utilisation de tout autre moyen de déplacement, par exemple les rollers ou les skates board, est de nature à compromettre la sécurité, tant des membres du personnel que des patients, résidents ou visiteurs. Elle est interdite dans l'enceinte de l'établissement.

Sous la responsabilité du directeur, les agents du service intérieur et de surveillance sont chargés de veiller au respect des prescriptions relatives à la circulation.

## Règles de stationnement

Les voies de desserte établies dans l'enceinte d'EPSYLAN constituent des dépendances du domaine public de l'établissement.

À ce titre, elles sont strictement réservées à la circulation du personnel et des usagers du service public.

Le stationnement dans l'enceinte d'EPSYLAN est interdit en dehors des emplacements matérialisés. Des aires de stationnement sont en outre réservées aux personnes handicapées.

Le stationnement de camping-car, caravanes…, au-delà du temps de travail quotidien ou de la durée de la visite d'un patient ou d'un résident, est interdit dans l'enceinte de l'établissement.

Sous la responsabilité du directeur, les agents du service intérieur et de surveillance sont chargés de veiller au respect des prescriptions relatives au stationnement.

## Poursuites

La direction d'EPSYLAN se réserve le droit de faire appel aux forces de police ou de gendarmerie, ou de faire déplacer elle-même, sans mise en demeure préalable, les véhicules dont le stationnement entraverait gravement la circulation des personnes ou des biens et, de manière générale, compromettrait le fonctionnement et la sécurité du service public hospitalier.

Il en est de même pour tout véhicule abandonné ou à l'état d'épave, après en avoir avisé le propriétaire par lettre recommandée avec accusé de réception.

Sous la responsabilité du directeur, les agents des services techniques sont chargés de veiller au respect des prescriptions énoncées ci-dessus.

Le refus opposé par tout agent à leurs injonctions est susceptible d'entraîner des poursuites disciplinaires.

### V.2.2. Dispositions diverses

Dans le cadre de troubles à l'ordre public et à la sécurité des patients et des personnels, le directeur peut solliciter l'intervention des forces de police ou de gendarmerie aux fins d'évacuation des personnes indésirables. Il peut saisir le procureur de la République au regard de ses pouvoirs de police au sein de l'établissement.

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

Il est interdit d'introduire et de consommer dans l'enceinte de l'établissement des drogues illégales. La même interdiction s'applique aux boissons alcoolisées sauf accord préalable du directeur ou de son représentant, qui pourra être donné à titre exceptionnel. Des inventaires inopinés ainsi que des fouilles peuvent être réalisées dans l'ensemble de l'établissement sur décision du directeur ou de son représentant. Le directeur doit être informé de tout comportement contraire à ce principe.

Les animaux domestiques ne peuvent être introduits dans les locaux des différents sites d'EPSYLAN, sauf les chiens guides d'aveugles qui peuvent accompagner leur maître, lorsque celui-ci vient pour des soins, jusque dans les halls d'accueil. D'autres exceptions peuvent être autorisées sous réserve de validation de la direction.

Il est interdit de fumer dans tous les lieux fermés et couverts au sein de l'établissement.

# Annexes

## Charte de la personne hospitalisée (2006)

Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est accessible à tous, en particulier aux personnes les plus démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.

Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements, et des soins. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.

L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.

Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.

Un consentement spécifique est prévu notamment pour les patients participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.

Une personne à qui il est proposé de participer à une recherche biomédicale est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. Son accord est donné par écrit. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.

La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, quitter à tout moment l'établissement après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.

La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.

Le respect de la vie privée est garanti à toute personne, ainsi qu'à la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui le concernent.

La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant. Sous certaines conditions, ses ayant droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.

La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du droit d'être entendue par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

## Droits et libertés de la personne âgée dépendante

Lorsqu'il sera admis et acquis que toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance est respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix, cette charte sera appliquée dans son esprit.

1. **Choix de vie.** Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.
2. **Cadre de vie.** Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins.
3. **Vie sociale et culturelle.** Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.
4. **Présence et rôle des proches.** Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.
5. **Patrimoine et revenus.** Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.
6. **Valorisation de l'activité.** Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.
7. **Liberté d'expression et liberté de conscience.** Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.
8. **Préservation de l'autonomie.** La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit.
9. **Accès aux soins et à la compensation des handicaps.** Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.
10. **Qualification des intervenants.** Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.
11. **Respect de la fin de vie.** Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.
12. **La recherche : une priorité et un devoir.** La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.
13. **Exercice des droits et protection juridique de la personne vulnérable.** Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne.
14. **L'information.** L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion.

EPSYLAN
Etablissement Psychiatrique de Loire-Atlantique Nord

# Charte du patient hospitalisé en psychiatrie

## Une personne à part entière

L'usager en santé mentale est une personne qui doit être traitée avec le respect et la sollicitude dus à la dignité de la personne humaine.

C'est une personne qui a le droit au respect de son intimité (effets personnels, courrier, soins, toilette, espace personnel, etc.), de sa vie privée, ainsi qu'à la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales la concernant.

Le secret professionnel lui est garanti par des moyens mis en œuvre à cet effet.

Tout ce que le patient a dit au psychiatre et tout ce que celui-ci a remarqué pendant son examen ou le traitement, doit être couvert par le secret, à moins qu'il apparaisse nécessaire de rompre le secret pour éviter des dommages graves au patient lui-même ou à des tiers. Dans ce cas toutefois, le patient doit être informé de la rupture du secret.

C'est une personne qui ne doit pas être infantilisée ou considérée comme handicapée physique ou mentale.

C'est une personne dont on doit respecter les croyances et qui peut faire appel au ministre du culte de son choix.

## Une personne qui souffre

L'usager en santé mentale est une personne qui ne se réduit pas à une maladie, mais souffre d'une maladie.

Cette maladie n'est pas une maladie honteuse mais une maladie qui se soigne et se vit.

La prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des usagers de santé mentale doit être une préoccupation constante de tous les intervenants.

Le psychiatre doit proposer aux usagers la meilleure thérapeutique existant à sa connaissance.

Les professionnels de santé mentale doivent travailler en réseau afin d'échanger les informations utiles concernant l'usager et d'optimiser ainsi la prise en charge médicale et sociale. Sera notamment assurée une bonne coordination psychiatre-médecin généraliste (le lien psychiatre-médecin de famille est en effet l'un des maillons essentiels d'une prise en charge de qualité au plus près du lieu de vie du patient). Ce nécessaire travail en réseau doit être particulièrement vigilant au respect du secret professionnel.

Compte tenu des liens organiques entre sanitaire et social dans le domaine de la santé mentale, les projets élaborés au bénéfice des usagers ne doivent pas pâtir de divisions artificielles des champs d'intervention.

L'accessibilité aux soins doit être assurée et l'usager doit être accueilli chaleureusement dans les délais raisonnables et dans les locaux aménagés pour son bien-être.

En cas d'hospitalisation, l'usager dispose de ses effets personnels durant son séjour sauf si des raisons de sécurité s'y opposent.

Il doit lui être remis un livret d'accueil exposant les informations pratiques concernant son séjour et le lieu de son hospitalisation et l'informant de ses droits et de ses devoirs.

Les communications téléphoniques, les visites et les sorties dans l'enceinte de l'établissement feront l'objet d'un contrat qui sera discuté régulièrement entre le patient et le médecin, et devront se faire dans le respect de l'intimité des autres patients.

Une attention particulière sera accordée à l'organisation de soins de qualité lorsqu'ils sont nécessaires après une hospitalisation.

## Une personne informée de façon adaptée, claire et loyale

L'usager a le droit au libre choix de son praticien et de son établissement, principe fondamental dans notre législation sanitaire de libre engagement réciproque dans une relation contractuelle, hors le cas d'urgence et celui où le médecin manquerait à ses devoirs d'humanité (Article L. 1111-1 du code de la santé publique et Article 47 du code de déontologie médicale).

Il est informé de la fonction, de l'identité des personnes intervenant auprès de lui et de l'organisation du dispositif de soins (structures du secteur et intersectorielles …).

Toute personne peut avoir accès aux informations contenues dans ses dossiers médical et administratif, selon les modalités définies par la loi.

Le secret médical ne peut s'exercer à l'égard du patient ; le médecin doit donner une information simple, loyale, intelligible et accessible sur l'état de santé, les soins proposés (notamment sur les effets dits « secondaires » du traitement appliqué) et sur les éventuelles alternatives thérapeutiques. Hors situation d'urgence, tout usager peut estimer ne pas être suffisamment informé, souhaiter un délai de réflexion ou l'obtention d'un autre avis médical.

Préalablement à la recherche biomédicale, son consentement libre, éclairé et exprès doit être recueilli dans le strict respect de la loi.

Les patients donnent leur consentement préalable s'ils sont amenés à faire l'objet d'actions de formation (initiale et continue) du personnel soignant. Il ne peut être passé outre à un refus du patient.

Les mineurs sont informés en fonction de leur âge et de leurs facultés de compréhension dans la mesure du possible et indépendamment de l'indispensable information de leurs représentants légaux.

Avec l'accord préalable du patient si son état de santé le permet, et si possible en présence de celui-ci, les proches doivent pouvoir disposer d'un temps suffisant pour avoir un dialogue avec le médecin responsable et les soignants.

L'usager a la possibilité de rencontrer une assistante sociale.

Si une hospitalisation s'avère nécessaire, les patients reçoivent aussitôt une information claire et adaptée sur les modalités de cette hospitalisation et les voies de recours. Cette information qui risque d'être mal comprise en raison de la gravité du tableau clinique initial, sera reprise ultérieurement autant que nécessaire.

L'usager reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions d'accueil et de séjour.

## Une personne qui participe activement aux décisions la concernant

La participation active de l'usager à toute décision le concernant doit toujours être sollicitée en le resituant au centre de la démarche de soins dans un processus continu d'adhésion.

Hors les cas d'hospitalisation sous contrainte définis par la loi, un patient hospitalisé peut, à tout moment, quitter l'établissement après avoir été informé des risques possibles pour son état et après avoir signé une décharge.

Aucune démarche ne doit être engagée et aucun traitement ne doit être donné contre ou sans sa volonté, à moins que, en raison de sa maladie mentale, il ne puisse porter un jugement sur ce qui est son intérêt, ou à moins que l'absence de traitement puisse avoir des conséquences graves pour lui ou pour des tiers.

Le patient ne peut être retenu dans l'établissement, hormis les cas de la législation où son état nécessite des soins sans son consentement. Il doit alors être informé de sa situation juridique et de ses droits.

Compte tenu des enjeux liant (particulièrement en santé mentale) efficacité et adhésion au traitement, même dans ce cas où son état nécessite des soins sans son consentement, sera néanmoins toujours recherché le plus haut degré d'information et de participation à tout ce qui le concerne dans ses soins ou sa vie quotidienne. Toutefois, la construction d'une véritable alliance thérapeutique ne peut être confondue avec une simple transparence réciproque.

Dès que disparaissent les circonstances qui ont rendu nécessaire l'hospitalisation de l'usager contre sa volonté, le psychiatre doit interrompre les mesures appliquées contre cette volonté.

Le mineur ne pouvant prendre de décisions graves le concernant, il revient aux détenteurs de l'autorité parentale d'exprimer leur consentement. Toutefois, lorsque la santé d'un mineur risque d'être compromise par le refus du représentant légal ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le praticien peut saisir le procureur de la République afin de, pouvoir donner les soins qui s'imposent. On sera néanmoins attentif à ce que ces mesures ne puissent en aucun cas être prolongées au-delà de ce qui est médicalement indiqué. Si l'avis du mineur peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible.

Le médecin doit tenir compte de l'avis de l'incapable majeur de ses représentants légaux.

## Une personne responsable qui peut s'estimer lésée

Indépendamment d'observations exprimées dans le cadre de questionnaires évaluatifs de satisfaction (remis avec le livret d'accueil à chaque patient), l'usager ou ses ayants droit peuvent faire part directement au directeur de l'établissement de leurs avis, de leurs vœux ou de leurs doléances.

S'ils souhaitent se plaindre d'un dysfonctionnement ou s'ils estiment avoir subi un préjudice, ils peuvent saisir le directeur de l'hôpital, les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques, les commissions locales de conciliation chargées de les assister et de les orienter en leur indiquant les voies de conciliation et de recours dont ils disposent (dans des délais suffisamment rapides pour ne pas les pénaliser).

## Une personne dont l'environnement socio familial et professionnel est pris en compte

Les actions menées auprès des usagers veillent à s'inscrire dans une politique visant à véhiculer une image moins dévalorisante de la maladie mentale afin de favoriser leur insertion en milieu socioprofessionnel où ils sont encore trop souvent victimes de discrimination.

Les équipes soignantes ont le souci tout au long du traitement, de mobiliser le patient de façon positive autour, de ses capacités, connaissances, savoir-faire pour les exploiter afin qu'il puisse se reconstruire en favorisant une réinsertion sociale par paliers. Chaque étape sera discutée avec le patient, pour respecter ainsi le rythme de chacun.

Dans le strict respect de l'accord du patient, la famille peut être associée au projet thérapeutique, informée de la maladie afin d'adopter l'attitude la plus juste et être soutenue dans ses difficultés.

## Une personne qui sort de son isolement

Le patient doit recevoir une information sur les associations d'usagers qu'il peut contacter, et qui ont pour fonction de créer une chaîne de solidarité ; lieux d'informations, d'écoute, de rencontre, d'échange, de convivialité et de réconfort, qui pourront l'aider à tisser des liens sociaux en bonne coordination avec les professionnels des champs sanitaire et social.

Une personne citoyenne, actrice à part entière de la politique de santé, et dont la parole influence l'évolution des dispositifs de soins et de prévention.

La satisfaction de l'usager en santé mentale doit être régulièrement évaluée par des enquêtes portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour, enquêtes qui servent de base à l'amélioration de la qualité de l'information et des soins.

Dans le cadre d'un dialogue dont le développement s'avère particulièrement fécond, les usagers apportent à travers leur expérience, leur contribution à la réflexion et aux décisions des instances concernant la santé mentale, par leur participation active à chacun des niveaux de leur élaboration :

- niveau local : conseil d'administration, commission de conciliation, CLIN, CDSP, conseil de secteur, groupes de travail notamment ceux en lien avec la démarche qualité et l'accréditation des établissements…
- niveau régional : conférence régionale de santé, SROSS et carte sanitaire, groupes de travail mis en place par l'ARS…
- niveau national : conférence nationale de santé…

Dans une démarche d'amélioration constante de la qualité de l'information, de l'accueil, des soins et de la prévention, les professionnels facilitent les conditions de la mise en place de la représentation des usagers, en soutenant leurs initiatives de création d'associations qui leur permettent de sortir de leur isolement et d'exprimer leurs besoins, avis et propositions aux personnels et aux décideurs du système de santé. Dans la marche vivifiante d'une véritable démocratie sanitaire, les usagers en santé mentale apportent ainsi par leur participation active et avertie, une contribution citoyenne décisive pour une évolution positive à visage humain des dispositifs de soins et de prévention de notre pays.

## Extrait de la charte européenne de l'enfant hospitalisé

Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension afin de participer aux décisions les concernant.

Les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes. Ils doivent être réunis par groupe d'âge pour bénéficier de jeux, de loisirs, d'activités éducatives adaptés à leur âge, en toute sécurité. Les visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.

L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.

L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.

L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans le soin à chaque enfant.

L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.

## Charte d’utilisation du système d’information

Cette charte a pour objet de définir les règles de sécurité et de bon usage du système d’information d’EPSYLAN à Blain, qui s’imposent à tous ses utilisateurs. Elle est publiée dans la GED.