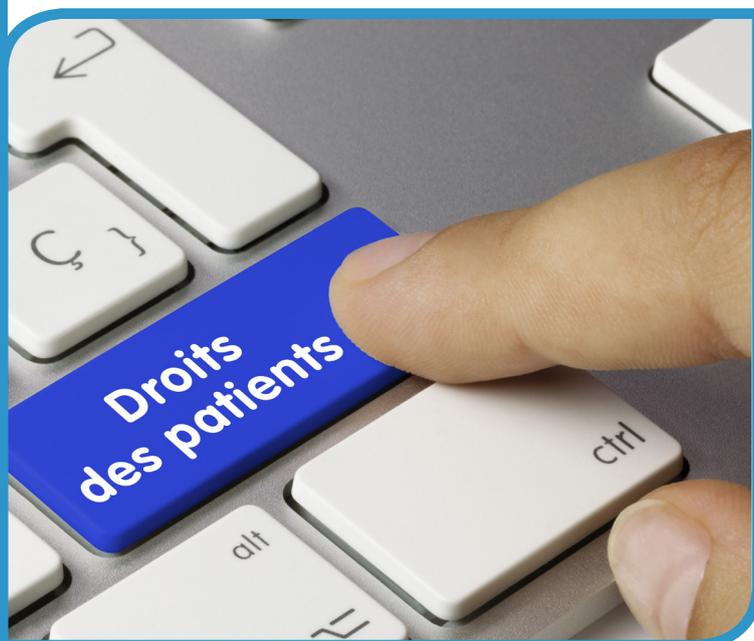


DROITS DES PATIENTS



La politique

SOMMAIRE

1 - L'accès aux soins	p 4
2 - L'accès à l'information	p 4
2.1. - L'information sur les droits	p 4
2.1.1. - Le règlement intérieur	p 4
2.1.2. - Le livret d'accueil	p 5
2.1.3. - L'espace usagers	p 5
2.1.4. - Les interventions dans les services de soins	p 5
2.2. - L'information sur les soins	p 5
2.2.1. - Les conditions générales de l'information	p 5
2.2.2. - L'information aux patients mineurs et aux patients majeurs protégés	p 6
2.2.3. - Les informations spécifiques	p 6
2.2.4. - Les risques et dommages liés aux soins	p 6
2.2.5. - La personne de confiance	p 6
2.2.6. - L'information de la famille et des proches	p 7
2.2.7. - L'information du médecin traitant	p 7
2.2.8. - La communication du dossier médical : règles générales	p 7
2.2.9. - La communication du dossier médical des mineurs	p 7
2.2.10. - La communication du dossier médical du patient décédé	p 7
3 - L'expression de la volonté du patient	p 8
3.1. - Les conditions générales du consentement	p 8
3.2. - Le consentement des mineurs et des majeurs protégés	p 8
3.3. - Le consentement « renforcé »	p 9
3.4. - Le refus de soins	p 9
3.5. - L'incapacité d'exprimer sa volonté	p 9
3.6. - Les directives anticipées	p 9
4 - Le respect de la dignité	p 10
4.1. - La prise en charge de la douleur	p 10
4.2. - Les soins palliatifs	p 10
4.3. - La fin de vie	p 10
5 - Le respect de la confidentialité	p 11
5.1. - Le secret professionnel	p 11
5.2. - Le secret médical	p 11
5.3. - Le secret de l'hospitalisation	p 11
5.4. - Les admissions à titre confidentiel	p 12
5.5. - Les admissions sous le régime de l'anonymat (dites admissions au secret)	p 12
6 - Le respect de la liberté d'aller et venir	p 13
6.1. - Le déplacement des patients dans l'enceinte de l'établissement et à l'extérieur	p 13
6.2. - Les patients hospitalisés en psychiatrie	p 13
6.2.1. - Les sorties de courte durée	p 13
6.2.2. - L'information sur les hospitalisations	p 13
6.2.3. - Les droits des patients hospitalisés en psychiatrie	p 13
6.2.4. - La présentation systématique au Juge des Libertés et de la Détention	p 13
6.2.5. - Les recours du patient	p 14
6.2.6. - La contention et l'isolement du patient	p 14
7 - Le respect des droits civiques, des droits civils et des libertés individuelles	p 15
7.1. - L'exercice du droit de vote	p 15
7.1.1. - Les modalités d'information sur les opérations de vote	p 15
7.1.2. - L'exercice du droit de vote pour les patients hospitalisés sous contrainte	p 15
7.1.3. - L'exercice du droit de vote pour les majeurs protégés	p 15
7.1.4. - L'exercice du droit de vote pour les personnes handicapées	p 15
7.1.5. - Le vote par procuration	p 16
7.1.6. - La signature d'actes authentiques	p 16
8 - Le respect de la laïcité dans les services publics et des opinions religieuses	p 16
8.1. - Les agents des services publics	p 16
8.2. - Les patients	p 16
9 - La sécurité des patients	p 17
9.1. - L'identité-vigilance	p 17
9.2. - L'identification des personnes au sein du GHEF - L'espace public	p 17
9.3. - Les objets de valeurs	p 17

10 - Le « prendre soin » : éthique et bientraitance	p 18
10.1. - L'éthique	p 18
10.2. - La bientraitance	p 18
10.3. - La prise en charge de la dépendance due à l'âge	p 19
10.4. - La prise en charge de la dépendance psychique	p 19
11 - La participation des représentants des usagers au sein de l'établissement.....	p 19
11.1. - L'espace des usagers	p 19
11.2. - La participation aux Instances et Comités internes	p 19
11.3. - Le rôle de la Commission Des Usagers (CDU)	p 19
11.4. - La formation des représentants des usagers	p 20
12 - La gestion des plaintes	p 21
12.1. - La gestion des plaintes par le service « Relations avec les Usagers »	p 21
12.2. - Le rôle de la CDU dans la gestion des plaintes	p 21
12.3. - La médiation interne	p 21
12.4. - Les demandes de reconnaissance de responsabilité et les demandes d'indemnités	p 22
13 - L'évaluation de la politique des droits des patients	p 22
13.1. - L'évaluation interne	p 22
13.1.1. - Les questionnaires de sortie	p 22
13.1.2. - Les enquêtes de satisfaction	p 22
13.1.3. - Les indicateurs de gestion des plaintes	p 22
13.1.4. - Les rapports annuels de la CDU	p 23
13.2. - L'évaluation externe	p 23
13.2.1. - Les enquêtes E-satis.....	p 23
13.2.2. - La certification du GHEF par la HAS	p 23
13.2.3. - Les certifications externes.....	p 23
13.2.4. - Le contrôle général des lieux de privation de libertés	p 23
Bibliographie et cadre réglementaire	p 24

Contexte, objectif

Le Grand Hôpital de l'Est Francilien (GHEF) regroupant les sites hospitaliers de Meaux, Marne-la-Vallée, Coulommiers et Jouarre, met en œuvre une politique de respect et de promotion des droits des patients, et plus généralement des usagers, tels qu'ils résultent des dispositifs légaux et réglementaires et notamment de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Cette politique s'inscrit dans le projet médical, le projet de soins et dans la politique qualité.

Cette politique sur laquelle s'engage la direction de l'établissement, répond aux exigences de santé publique et tout particulièrement « l'accès aux soins ». Elle prend en compte les attentes et la satisfaction des usagers, des patients et de leurs familles. Elle a pour objectif de leur assurer l'accès aux droits qui leur sont garantis par les textes et d'apporter aux professionnels de santé les moyens leur permettant de contribuer activement à l'exercice de ces droits.

Elle aborde en toute transparence les enjeux de qualité de l'accueil, de sécurité des soins, de « bientraitance » et intègre également les obligations réglementaires en matière d'accès à l'information sur les droits, le respect de la dignité, de la confidentialité et de la liberté d'aller et venir.

Cette politique rappelle, enfin, le rôle primordial des associations des usagers reconnues au plan national, par la participation de ses représentants à la Commission Des Usagers (CDU). La CDU conserve les missions de veiller au respect des droits des usagers, de faciliter leurs démarches et de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients et de gérer les plaintes et leur évaluation périodique.

1 - L'accès aux soins

Les soins d'urgence vitale, en cas de risque de décès ou de séquelles irréversibles à brève échéance, sont garantis aux personnes dépourvues de ressources et ne pouvant justifier d'aucune prise en charge financière.

Une **Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)** accueille et oriente les malades ne disposant pas, ou insuffisamment, de couverture sociale.

Le service social apporte son aide aux patients démunis et à leurs proches pour résoudre les difficultés matérielles et administratives, leur faire connaître leurs droits et les moyens de les exercer, comme :

- la **Protection Universelle MALadie pour tous (PUMA)** remplace la **Couverture Maladie Universelle (CMU)** de base depuis le 1^{er} janvier 2016. Elle est octroyée par le régime général de l'Assurance Maladie, avec possibilité d'une **Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)** pour les personnes résidant en France de manière stable.
- l'**Aide Médicale d'Etat (AME)** peut être obtenue par les personnes gardées à vue ou les personnes étrangères en situation irrégulière, ou en rétention, résidentes en France depuis plus de 3 mois, ainsi que pour les personnes à leur charge (Art L. 251-1 et suivants du Code de l'Action Sociale et des Familles).

Les personnes étrangères en situation irrégulière, résidant en France depuis moins de 3 mois et qui ne peuvent pas bénéficier de l'AME, peuvent être prises en charge au titre des « soins urgents et vitaux » sous conditions.

2 - L'accès à l'information

2.1. - L'INFORMATION SUR LES DROITS

2.1.1. - Le règlement intérieur

Le GHEF rappelle dans son règlement intérieur les principales règles et obligations applicables aux usagers comme aux professionnels de santé, ainsi qu'à l'ensemble des salariés et collaborateurs de l'établissement, en consacrant un chapitre particulier aux droits des patients.

L'information sur les droits et devoirs est effectuée par voie d'affichage systématique dans les locaux fréquentés par les usagers (Circulaire du 2 mars 2006). Les principaux points de cette charte de la personne hospitalisée figurent également au livret d'accueil des patients.

2.1.2. - Le livret d'accueil

Le GHEF assure la remise, à toute personne hospitalisée, d'un livret d'accueil qui contient tous les renseignements utiles sur les conditions de séjour et l'organisation de l'établissement et qui intègre la charte de la personne hospitalisée, le contrat de lutte contre la douleur et contre les infections nosocomiales ainsi que des informations sur la personne de confiance, les directives anticipées, les modalités de séjour et autres informations pratiques.

Ce document permet également de préciser, à la fois, les prestations offertes, les droits et obligations durant le séjour, l'existence et les coordonnées de la Commission Des Usagers, ainsi que les voies de recours en cas de litige. Ces informations sont reprises sur le site internet de l'hôpital.

Un questionnaire de satisfaction y est joint sur lequel la personne hospitalisée peut librement consigner ses observations, critiques et suggestions, sous forme anonyme, avant de le déposer en fin de séjour, dans le service d'hospitalisation ou l'adresser par courrier au directeur du GHEF. Ce questionnaire est ensuite traité et analysé par le service « Relations avec les Usagers » et transmis au service qualité pour actions d'amélioration à mettre en œuvre.

2.1.3. - L'espace usagers

L'établissement met à disposition un « espace usagers » permettant aux différentes associations de représentants d'usagers, de patients, ou de familles, d'offrir au public « informations, conseils et assistance ».

2.1.4. - Les interventions dans les services de soins

Avec l'accord des praticiens, chefs de pôles et de services, le directeur de l'établissement fixe, par convention, les conditions dans lesquelles des associations d'usagers sont autorisées à intervenir dans des unités de soins, auprès des patients.

2.2. L'INFORMATION SUR LES SOINS

2.2.1. - Les conditions générales de l'information

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. Il est tenu compte de la volonté de la personne, de bénéficier de l'une de ces formes de prise en charge. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

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.

Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la Haute Autorité de Santé et homologuées par arrêté du Ministre chargé de la santé.

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 article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

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

2.2.2. - L'information aux patients mineurs et aux patients majeurs protégés

Les patients, mineurs ou majeurs protégés, ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant (actes et examens), d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des patients mineurs, soit à leur faculté de discernement s'agissant des majeurs protégés.

Cette information est également donnée à leurs représentants légaux, excepté lorsque « *l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé* » (Art L. 1111-5 du CSP¹).

2.2.3. - Les informations spécifiques

L'annonce d'une affection cancéreuse s'intègre dans un dispositif d'annonce organisé.

Dans le cas où les informations médicales à délivrer relèveraient en partie de la compétence d'autres professionnels de santé, le médecin indique au patient les professionnels auxquels il est souhaitable qu'il s'adresse pour obtenir une information complète.

Sauf urgence, toute transfusion sanguine est accompagnée d'une information spécifique, pré-transfusionnelle et post-transfusionnelle, écrite, comportant la nature des produits sanguins transfusés, leur nombre, les dates de transfusions et les services d'hospitalisation.

Le service qui encadre la sortie définitive du patient, via le cadre de santé, est responsable de la remise de l'ensemble de ces informations ainsi que la dernière prescription du bilan post-transfusionnel ; l'ensemble étant conservé dans le dossier du patient.

2.2.4. - Les risques et dommages liés aux soins

En cas de dommage lié aux soins, le patient reçoit une information sur les circonstances et les causes de ce dommage. Lorsque, postérieurement aux soins prodigués, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée en est informée.

Un guide d'informations en cas de dommages liés aux soins a été élaboré à l'usage des professionnels de santé du GHEF.

2.2.5. - La personne de confiance

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement. Un formulaire de désignation de la personne de confiance est intégré au livret d'accueil.

Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, la personne de confiance rend compte de la volonté du patient. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage.

Lorsque le patient est en état d'exprimer sa volonté, si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

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

¹ CSP : Code de la Santé Publique

2.2.6. - L'information de la famille et des proches

La loi permet au médecin – et à lui seul – de donner à la famille des indications d'ordre médical telles que le diagnostic ou l'évolution de la maladie, à la condition que le patient ne s'y soit pas opposé.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance, reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

En cas de décès du patient, la famille ou les proches sont prévenus par un médecin, ou le cas échéant par le cadre de santé du service ou le personnel infirmier, le plus rapidement possible et par tous les moyens appropriés.

2.2.7. - L'information du médecin traitant

Sauf opposition de la personne hospitalisée, le médecin traitant désigné est informé notamment de l'hospitalisation et des prescriptions médicales de sortie qu'il reçoit dans un délai propre au suivi, s'il y a lieu, de la surveillance du malade, sous forme de comptes rendus opératoires et/ou d'hospitalisation, accompagnés, le cas échéant d'une lettre de sortie.

2.2.8. - La communication du dossier médical : règles générales

Le patient dispose d'un droit d'accès à l'ensemble des informations de santé le concernant, dans les conditions réglementaires, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin de son choix.

La demande de communication est adressée par écrit à la direction de l'établissement.

Les délais de communication, qui courent à partir de la date de réception des pièces justificatives produites à l'appui de la demande, sont de 8 jours pour les informations de moins de cinq ans à compter de leur date de constitution et de 2 mois pour les informations de plus de cinq ans.

Préalablement à toute communication, l'identité du demandeur ou la qualité de médecin de la personne désignée comme intermédiaire font l'objet d'une vérification.

La réalisation de la copie d'un dossier médical, adressée par la poste ou remis lors d'une consultation sur place, donne lieu à facturation suivant le tarif indiqué préalablement.

2.2.9. - La communication du dossier médical des mineurs

Pour une personne mineure, ce droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. Le mineur peut cependant s'opposer à ce qu'un médecin communique au titulaire de l'autorité parentale des informations qui le concernent. Le médecin fait mention écrite de cette opposition.

Si le titulaire de l'autorité parentale saisit le médecin d'une demande d'accès, le praticien doit s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur. Si ce dernier maintient son opposition, la demande du titulaire de l'autorité parentale ne peut être satisfaite.

2.2.10. - La communication du dossier médical du patient décédé

Dans le respect de la confidentialité, et sauf volonté contraire exprimée du vivant du défunt, l'ayant droit d'une personne décédée (dont concubins et partenaires de PACS depuis la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016), peut accéder, parmi les éléments du dossier médical, aux seules informations qui sont nécessaires pour connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir des droits.

L'ayant droit doit indiquer le motif de sa demande d'accès par écrit. Le lien existant entre la personne décédée et le demandeur est établi par la production d'un document prouvant la qualité à agir (livret de famille, un acte de naissance...). L'identité doit être justifiée (Carte Nationale d'Identité, passeport).

Les conditions de reprographie et d'expédition sont identiques à celles appliquées pour la communication du dossier médical.

3 - L'expression de la volonté du patient

3.1. - Les conditions générales du consentement

Le patient a le droit d'accepter ou de refuser ce que le médecin préconise et non lui impose. Cette liberté du patient est une exigence éthique fondamentale, corollaire du devoir d'information du patient, condition préalable de son consentement.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne qui peut être retiré à tout moment.

Sauf exception prévue par la loi, le consentement est oral mais tracé par écrit, par le médecin, au dossier médical du patient.

Le patient doit formuler son consentement après avoir reçu de la part du médecin, une information claire, compréhensible, adaptée à ses capacités de comprendre la nature des actes et prescriptions proposés, leur intérêt pour sa santé et les conséquences néfastes en cas de refus.

3.2. - Le consentement des mineurs et des majeurs protégés

Dans deux situations, celle du mineur et celle du majeur protégé, le recueil du consentement obéit à des règles particulières auxquelles il convient de se référer :

A - Le mineur

Le consentement est exprimé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. Le médecin n'a pas à s'interroger sur l'étendue exacte des pouvoirs du parent qui se présente à lui pour accomplir un acte « usuel » (acte de la vie quotidienne, un acte sans gravité).

Les parents divorcés ou séparés exercent en commun l'autorité parentale et ils doivent tous deux être prévenus et consultés pour une décision grave concernant l'enfant.

Lorsque la santé ou l'intégrité corporelle d'un mineur risque d'être gravement compromise (situation grave et urgente) par le refus du représentant légal ou par l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin délivre les soins nécessaires dans l'intérêt de l'enfant sous sa seule responsabilité.

Dans le cas d'un refus de soins par l'autorité parentale, il peut être fait appel au Procureur de la République.

Dans tous les cas, le mineur, en particulier l'adolescent, a le droit de recevoir une information selon son degré de maturité et son consentement doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

Le médecin peut se dispenser du consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale lorsque le mineur a expressément demandé au médecin de garder le secret sur son état de santé vis-à-vis de ses parents et que l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder sa santé. Le médecin doit alors s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à la consultation des titulaires de l'autorité parentale.

Si le mineur maintient son refus, il est obligatoirement accompagné d'une personne majeure de son choix. Le médecin s'assure de l'identité et de la majorité de celle-ci et en fait mention dans le dossier médical.

B - Le majeur protégé

Le majeur protégé prend seul les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet.

Lorsque l'état de la personne protégée ne lui permet pas de prendre seule une décision personnelle éclairée, le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué peut prévoir qu'elle bénéficiera, pour l'ensemble des actes relatifs à sa personne ou ceux d'entre eux qu'il énumère, de l'assistance de la personne chargée de sa protection. Au cas où cette assistance ne suffirait pas, il peut, le cas échéant après le prononcé d'une habilitation familiale ou l'ouverture d'une mesure de protection, autoriser la personne chargée de cette habilitation ou de cette mesure à représenter l'intéressée, y compris pour les actes ayant pour effet de porter gravement atteinte à son intégrité corporelle. Sauf

urgence, en cas de désaccord entre le majeur protégé et la personne chargée de sa protection, le juge autorise l'un ou l'autre à prendre la décision, à leur demande ou d'office.

Toutefois, sauf urgence, la personne chargée de la protection du majeur ne peut, sans l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué, prendre une décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intimité de la vie privée de la personne protégée.

La personne chargée de la protection du majeur peut prendre à l'égard de celui-ci les mesures de protection strictement nécessaires pour mettre fin au danger que son propre comportement ferait courir à l'intéressé. Elle en informe sans délai le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué.

3.3. - Le consentement « renforcé »

Un consentement spécifique est prévu pour certains actes :

- Le don d'organes par un donneur vivant nécessite le recueil du consentement devant le tribunal judiciaire.
- Le prélèvement d'organes à des fins thérapeutiques ou scientifiques après la mort, auquel toute personne peut faire connaître de son vivant, son opposition ou son refus. Ce refus peut figurer sur le Registre National des Refus (RNR), ou être exprimé par tout autre moyen. Toute personne est présumée avoir consenti au don de ses organes sauf si elle s'inscrit sur le RNR.
- Le dépistage de virus, comme celui de l'immunodéficience humaine - VIH ne peut être réalisé qu'avec le consentement préalable de la personne concernée. Il est obligatoire en cas de dons de sang, d'organes, de tissus, de cellules et notamment de sperme et de lait. Un dépistage volontaire peut être proposé au patient, après une information personnalisée.
- L'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et les actes médicaux et soins liés, par une mineure non émancipée se trouvant dans l'impossibilité de recueillir le consentement d'un des titulaires de l'autorité parentale ou souhaitant garder le secret, doit, dans ce cas, se faire accompagner par une personne majeure de son choix.

3.4. - Le refus de soins

Le patient peut refuser les soins. Le médecin doit respecter la volonté du patient après l'avoir informé des conséquences et avoir tout mis en œuvre pour le convaincre.

Il existe des limites au refus de soins :

- en cas de danger immédiat : le médecin accomplit les actes indispensables à la survie du patient et proportionnés à son état,
- en cas de refus par les représentants légaux avec des conséquences graves pour le patient, le médecin délivre les soins indispensables au patient (éventuellement en contact avec le Procureur).

3.5. - L'incapacité d'exprimer sa volonté

Lorsque la personne prise en charge n'est pas en état d'exprimer sa volonté, et sauf urgence, le médecin ne réalisera pas d'investigation ou de traitement avant d'avoir consulté la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un de ses proches.

3.6. - Les directives anticipées

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle ne serait plus en état d'exprimer elle-même sa volonté, pour faire connaître ses souhaits quant à sa fin de vie.

Elle signale leur existence lors de son admission, ainsi que les coordonnées des personnes auxquelles elle les a confiées.

Un formulaire de rédaction de directives anticipées est proposé dans le livret d'accueil patient.

Les directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie, en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'actes médicaux.

A tout moment et par tout moyen, elles sont renouvelables et révocables. Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret. Tout médecin traitant est tenu d'informer ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction des directives anticipées. Elles sont notamment conservées sur un registre national.

Les directives anticipées s'imposent au médecin, sauf en cas d'urgence vitale, pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non-conformes à la situation médicale.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de protection, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Le tuteur ne peut ni l'assister, ni la représenter à cette occasion.

4 - Le respect de la dignité

Il s'agit d'une règle éthique et juridique. Ce droit s'impose à tout l'établissement et à tout le personnel du GHEF dans les pratiques quotidiennes : comportement adapté, surveillance de la tenue du patient et de son hygiène, respect de la vie privée et de l'intimité, soins visant à soulager la douleur...

4.1. - La prise en charge de la douleur

Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté. (Art L 1110-5 CSP).

C'est dans ce cadre que le GHEF assure une prise en charge de la douleur (Art L 1112-4 CSP).

4.2. - Les soins palliatifs

Les patients ont le droit de mourir dignement. Les soins palliatifs, prodigués au sein du GHEF, sont définis comme « visant à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage » (Art L. 1110-10 CSP).

Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie grave évolutive, par la prévention et le soulagement de la souffrance.

Il existe au sein du GHEF une équipe mobile de soins palliatifs qui travaille en collaboration avec les différents services en apportant son expertise.

4.3. - La fin de vie

La loi « Léonetti » du 22 avril 2005 a été modifiée et complétée par la loi du 2 février 2016,

- réaffirmant le droit pour les patients à « une fin de vie digne et apaisée » en proscrivant l'obstination déraisonnable,
- en créant de nouveaux droits en faveur des patients et des personnes en fin de vie : notamment le « *droit à une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt des traitements* ».

A ce titre, le patient a le droit de refuser un traitement et le médecin a obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de son choix.

Dans les cas où le patient ne serait plus en état d'exprimer sa volonté, les directives anticipées rédigées par le patient s'imposeront au médecin pour toute décision d'investigation, d'actes, d'intervention ou de traitement :

- sauf urgences vitales pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation
- et lorsque les directives anticipées apparaîtront manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale. Dans ce dernier cas, la décision de refus d'appliquer les directives anticipées sera prise à l'issue d'une procédure collégiale et sera inscrite au dossier médical.

En l'absence de directives anticipées rédigées par le patient, le médecin devra recueillir auprès de la personne de confiance son témoignage concernant la volonté du patient mais restera responsable de la décision médicale qui s'impose.

5 - Le respect de la confidentialité

5.1. - Le secret professionnel

Le secret professionnel concerne tout le personnel du GHEF, quel que soit son service d'affectation. En effet, les établissements sont tenus de protéger la confidentialité des informations qu'ils détiennent sur les personnes qu'ils accueillent (Art L. 1112-1 du CSP).

Excepté dans les cas de dérogation prévus à l'article 226-14 du Code Pénal, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venue à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé (Art L. 1110-4 du CSP).

5.2. - Le secret médical

Le secret médical, institué pour protéger la santé de la personne malade, est respecté par les médecins du GHEF qui ne divulguent d'information médicale qu'à la personne concernée, sauf dérogations particulières prévues par la loi (Art 226-14 du Code Pénal).

Les indications d'ordre médical ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions définies par le code de déontologie. Dans chaque service, les médecins reçoivent les familles des personnes hospitalisées soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des malades et de leurs familles.

En l'absence d'opposition du malade, les renseignements courants non médicaux peuvent être fournis par les cadres de santé et les infirmières aux membres de la famille.

En cas de décès, et sauf opposition exprimée antérieurement par la personne décédée, le secret médical ne fait pas obstacle à la divulgation aux ayants droit, sur demande écrite avec pièces justificatives, des seules informations nécessaires, suivant le cas, à la connaissance des causes de la mort, à la défense de la mémoire du défunt ou pour faire valoir leurs droits.

5.3. - Le secret de l'hospitalisation

Une personne hospitalisée peut refuser toute visite, tout appel et demander que sa présence ne soit pas divulguée. Les agents du GHEF en contact avec le public veillent au respect de ce droit.

5.4. - Les admissions à titre confidentiel

En principe, toute personne hospitalisée peut demander à ce « *qu'aucune indication ne soit donnée sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé* » (Art R. 1112-45 du CSP). Cette demande ne concerne que la divulgation de l'identité à l'attention des tiers. L'identité du patient est connue de l'établissement de santé où il est hospitalisé ainsi que des organismes d'assurance maladie. La demande de confidentialité est retranscrite dans le dossier d'admission du patient qui est constitué selon la procédure habituelle.

- **L'admission d'une personnalité** : à sa demande, l'admission d'une personnalité peut être confidentielle. Son accord sera recherché sur le choix des personnes qui peuvent lui rendre visite et l'information qui peut être délivrée aux autorités compétentes (forces de l'ordre, Préfet, ARS) de sa présence dans l'établissement de santé afin de garantir sa protection et sa sécurité.
- **La demande de soins confidentiels de la part d'un mineur** : dans cette situation, le médecin doit tenter d'obtenir le consentement du mineur qui s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale. Si le mineur maintient son refus, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention qui s'impose pour sauvegarder la santé de celui-ci à la condition qu'il soit accompagné de la personne majeure de son choix (Art L. 1111-5 du CSP).

5.5. - Les admissions sous le régime de l'anonymat (dites admissions au secret)

L'identité du patient est inconnue du service hospitalier. Le dossier d'admission est donc établi sans que l'identité du patient soit reconnaissable. L'anonymat peut être rétroactif. Dans ce dernier cas, l'établissement de santé doit rétablir l'anonymat par la destruction des données nominatives contenues dans le dossier du patient.

Deux situations ont été expressément prévues par les textes.

- **L'accouchement au secret** : sous réserve qu'il n'existe pas de lits vacants dans un centre maternel du département ou dans un établissement avec lequel le département a passé convention, l'admission au secret sera prononcée à la demande de l'intéressée (mineure ou majeure) pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance. Dans cette situation, « *aucune pièce d'identité n'est exigée et aucune enquête n'est entreprise. Le directeur informe de cette admission le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales* » (Art R.1112-28 du CSP).

L'intéressée devra être informée des modalités générales du dispositif de l'accouchement au secret, des conséquences juridiques de l'admission sous le régime de l'anonymat et sur la possibilité de laisser des renseignements, y compris son identité, et le nom d'une personne à prévenir en cas de besoin, qui seront conservés sous pli fermé. L'identité de l'intéressée peut être levée à tout moment, à sa demande. Ce pli est déposé au coffre de l'établissement et est remis à la patiente lors de sa sortie. En cas de décès, il sera ouvert pour effectuer la déclaration.

- **L'admission d'un patient toxicomane** venu volontairement se soigner : à sa demande, au moment de l'admission, le patient toxicomane venu spontanément dans un établissement de santé afin d'y être traité, peut bénéficier du régime de l'anonymat. Et cet anonymat ne peut être levé que pour des causes ne relevant pas de l'usage illicite de stupéfiants (Art L. 3414-1 et R. 1112-38 du CSP).

Une procédure similaire à celle des accouchements au secret est appliquée au patient toxicomane, quant à la nécessité de laisser ses coordonnées sous pli cacheté.

Toutefois, ce droit à l'anonymat ne s'applique pas aux patients toxicomanes admis sur injonction de l'autorité sanitaire ou du Procureur de la République.

6 - Le respect de la liberté d'aller et venir

6.1. - Le déplacement des patients dans l'enceinte de l'établissement et à l'extérieur

Les patients, dont ceux hospitalisés en soins psychiatriques libres, peuvent, avec l'autorisation d'un membre du personnel soignant du GHEF, se déplacer dans la journée hors du service d'hospitalisation sauf si les soins en cours ou leur condition physique ne le permettent pas.

6.2. - Les patients hospitalisés en psychiatrie

Pour les patients admis en soins psychiatriques sans consentement, les sorties sont soumises aux conditions ci-après :

6.2.1. - Les sorties de courte durée

Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale ou si des démarches extérieures sont nécessaires, les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en hospitalisation complète peuvent bénéficier de sorties de courte durée.

1) Soins à la demande d'un tiers/péril imminent

- *Sortie accompagnée* : sortie ne pouvant excéder 12h. Le patient doit être accompagné d'un membre de sa famille, d'une personne de confiance ou du personnel de l'établissement,
- *Sortie non accompagnée* : durée maximale de 48h. Autorisation accordée par le directeur après avis favorable d'un psychiatre de l'établissement. Le tiers doit être informé préalablement de l'autorisation de sortie non accompagnée et de sa durée.

2) Soins à la demande de l'autorité publique

- *Sortie accompagnée* : sortie ne pouvant excéder 12h. Le patient doit être accompagné d'un membre de sa famille, d'une personne de confiance ou du personnel de l'établissement,
- *Sortie non accompagnée* : durée maximale de 48h. L'autorisation de sortie doit être signée par un psychiatre de l'établissement. Le Préfet doit être informé 48h avant la sortie, sauf opposition de sa part au plus tard 12h avant la date prévue de la sortie.

6.2.2. - L'information sur les hospitalisations

Le directeur du GHEF informe sans délai le représentant de l'Etat et la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP) de toute admission à la demande d'un tiers et transmet au représentant de l'Etat les certificats médicaux des admissions des patients par le représentant de l'Etat.

6.2.3. - Les droits des patients hospitalisés en psychiatrie

Les patients faisant l'objet de ces mesures sont informés de leurs droits, des voies de recours ouvertes et des garanties qui leur sont offertes dès leur admission, ou dès que leur état le permet, ou à leur demande. Ils disposent des droits énumérés à l'Art L.3211-3 du CSP, notamment celui de prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat de leur choix.

6.2.4. - La présentation systématique au Juge des Libertés et de la Détention (JLD)

Les patients en soins psychiatriques sans consentement, sont systématiquement présentés au Juge des Libertés et de la Détention, avant l'expiration d'un délai de 12 jours à compter de l'admission en l'hospitalisation complète continue, puis tous les six mois. Ils sont assistés ou représentés par un avocat au cours de l'audience si le patient ne peut comparaître personnellement, pour des raisons médicales attestées par un certificat d'un psychiatre.

En accord avec le tribunal judiciaire compétent et sauf opposition de la part de la personne concernée, l'entretien préalable avec son avocat et l'audience publique ou à huis clos sur décision du juge des libertés et de la détention, se déroulent au sein de notre établissement, dans une salle équipée de moyens de visioconférence en liaison avec le tribunal.

Un agent hospitalier, assermenté par le tribunal judiciaire, dresse un procès-verbal des opérations.

En cas de prononcé de mainlevée par le juge des libertés et de la détention, et si le Procureur de la République n'a pas fait appel de la décision dans les délais légaux, ou si le Président de la Cour d'Appel ne confère pas de caractère suspensif à cet appel, le GHEF met fin à la mesure d'hospitalisation sans consentement.

6.2.5. - Les recours du patient

Lorsqu'il considère que ses droits n'ont pas été respectés, le patient est informé qu'il peut saisir :

- la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP),
- le Juge des Libertés et de la Détention (JLD),
- la Commission Des Usagers (CDU),
- le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL),
- le Défenseur des droits.

6.2.6. - La contention et l'isolement du patient

L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin.

Un registre de contention est tenu dans chaque site du GHEF qui assure des soins psychiatriques sans consentement.

Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.

L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la Commission Des Usagers et au Conseil de Surveillance.

7 - Le respect des droits civiques, des droits civils et des libertés individuelles

Le respect des droits civiques, des droits civils et des libertés individuelles est affirmé dans la charte du patient hospitalisé intégrée au livret d'accueil du patient et réaffirmé dans la loi relative à l'hospitalisation sans consentement du 27 septembre 2013.

7.1. - L'exercice du droit de vote

7.1.1. - Les modalités d'information sur les opérations de vote

Le GHEF organise un affichage rappelant les dates limites d'inscription sur les listes électorales, les dates des élections et leurs modalités, les conditions d'accès en cas de handicap ou de problème de santé, etc.

Le principe retenu par le personnel du GHEF est qu'il faut informer, mais ne pas inciter; Voter est un droit et non une obligation.

Le droit de vote est garanti à toute personne de nationalité française qui, âgée de plus de dix-huit ans, jouit de ses droits civils et politiques.

En conséquence, les patients hospitalisés, qui, en raison de leur état de santé ou de leur condition physique, sont dans l'impossibilité de se déplacer un jour de scrutin, peuvent exercer au sein du GHEF leur droit de vote par procuration.

La demande, accompagnée d'un certificat médical justificatif, en sera faite auprès d'un officier de police judiciaire.

7.1.2. - L'exercice du droit de vote pour les patients hospitalisés sous contrainte

Concernant les patients hospitalisés sous contrainte, la loi 27 septembre 2013 rappelle que le patient reste un citoyen à part entière, qu'il soit en soins psychiatriques libres, en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou sur demande d'un représentant de l'État. Les agents du GHEF veillent à faire respecter ce droit au sein de leur service.

7.1.3. - L'exercice du droit de vote pour les majeurs protégés

Les personnes protégées conservent le droit de vote quelle que soit la mesure de protection dont elles bénéficient. Néanmoins, un majeur sous protection peut se voir supprimer le droit de vote sur décision du juge des tutelles.

Le juge des tutelles lorsqu'il ouvre ou renouvelle une mesure de protection, doit statuer sur le maintien ou la suppression du droit de vote de la personne protégée. À défaut de décision, la personne protégée est réputée conserver (ou retrouver lors du renouvellement) son droit de vote. Le juge se prononce en fonction des éléments contenus dans le certificat médical circonstancié établi par médecin inscrit sur la liste du Procureur de la République et qui lui a été adressé lors de la demande d'ouverture (ou de renouvellement) de la protection.

Quant aux autres mesures de protection juridique (sauvegarde de justice, curatelle), elles n'ont aucune incidence sur les conditions d'exercice du droit de vote.

7.1.4. - L'exercice du droit de vote pour les personnes handicapées

Les personnes handicapées peuvent se faire assister physiquement et se faire accompagner par un électeur de leur choix. Ce dernier n'est pas obligatoirement du même bureau de vote, ni de la même commune. L'électeur accompagnateur peut lui aussi entrer dans l'isoloir. Il peut également introduire l'enveloppe dans l'urne à la place de l'électeur qu'il accompagne. Si la personne handicapée ne peut signer elle-même la liste d'émargement, l'électeur qui l'accompagne peut signer à sa place avec la mention manuscrite : « *L'électeur ne peut signer lui-même* ».

Le personnel soignant du GHEF met tout en œuvre pour que le patient qui ne peut se déplacer puisse être en mesure d'exercer ce droit.

7.1.5. - Le vote par procuration

Si les patients sont dans l'impossibilité de se déplacer pour établir leur procuration, les officiers de police judiciaire ou leurs délégués peuvent se rendre dans l'établissement d'accueil. La demande doit être formulée par écrit et accompagnée d'un certificat médical ou d'une attestation justifiant que l'électeur est dans l'impossibilité de se déplacer.

7.1.6. - La signature d'actes authentiques

Après avis médical, une personne hospitalisée peut signer des actes notariés durant son séjour. L'acte ne pourra être signé et valide que si la procédure a été effectuée, soit en présence de deux notaires, soit en présence d'un notaire seulement et de deux agents de l'établissement, qui signeront l'acte notarié en tant que témoins.

8 - Respect de la laïcité dans les services publics et des opinions religieuses

8.1. - Les agents des services publics

Le personnel du GHEF a un devoir de stricte neutralité. Ils ne doivent pas manifester leurs croyances par une extériorisation vestimentaire ou des signes visibles. Ils doivent traiter également toutes les personnes et respecter leur liberté de conscience.

Les responsables des services sont chargés de faire respecter l'application du principe de laïcité au sein du GHEF.

8.2. - Les patients

Tous les patients, y compris les patients en soins psychiatriques sans consentement, doivent être traités de la même façon quelles que puissent être leurs croyances religieuses.

Les patients ont le droit d'exprimer leurs convictions religieuses et sont garantis de pouvoir les pratiquer librement dans les limites du respect de la neutralité du service public. Ils doivent s'abstenir de toute forme de prosélytisme.

Ils peuvent recevoir la visite du représentant du culte de leur choix après avoir déposé une demande auprès de l'administration de l'établissement. Les coordonnées des aumôniers de chaque culte sont inscrites au livret d'accueil du GHEF et dans l'annuaire de l'établissement.

Par ailleurs, l'expression des convictions religieuses ne doit pas porter atteinte à la qualité des soins et aux règles d'hygiène (le patient doit accepter de porter la tenue vestimentaire imposée en raison des soins qui lui sont donnés) ainsi qu'à la tranquillité des autres patients et de leurs proches et au fonctionnement régulier du service.

9 - La sécurité des patients

La sécurité des patients s'inscrit dans la démarche de la qualité et de la sécurité des soins afin d'améliorer les pratiques en matière de prise en charge.

Le Programme National pour la Sécurité des Patients (PNSP), mis en place en 2013 par le Ministère de la Santé, a pour objectif d'améliorer la sécurité des prises en charge et de faire progresser la culture de sécurité de tous les acteurs de santé, à la fois professionnels et usagers. Pour mieux maîtriser ces risques, la loi de modernisation de notre système du 26 janvier 2016, a renforcé les exigences en matière d'analyse des événements indésirables.

9.1. - L'identito-vigilance

C'est dans ce contexte qu'au sein du GHEF, la sécurité du patient est une préoccupation majeure. Des actions ont été mises en place, notamment la qualité de l'identification du patient qui garantit la sécurité des soins d'où l'importance de l'identito-vigilance dès l'entrée du patient et à tous les stades de son hospitalisation :

- Dès l'admission les agents du bureau des entrées sont tenus de réclamer à chaque patient un justificatif d'identité (CNI, passeport, titre de séjour) afin d'éviter toute usurpation ou erreur d'identité.
- Dès le premier acte et/ou soins, dès la première transfusion.
- La fiche d'Événement Indésirable Associé aux Soins (EIAS) : le personnel doit signaler tous les types de dysfonctionnements dont il a la connaissance. Une commission se réunit tous les mois sur chaque site et tous les trimestres au niveau du GHEF.
- Le bracelet d'identification.

9.2. - L'identification des personnes au sein du GHEF - L'espace public

Le GHEF s'applique à respecter la loi 2010-1192 du 11 octobre 2010, interdisant la dissimulation du visage dans l'espace public :

« Nul ne peut, dans l'espace public, porter une tenue destinée à dissimuler son visage ».

« L'espace public est constitué des voies publiques ainsi que des lieux ouverts au public ou affectés à un service public ».

« Les tenues destinées à dissimuler le visage sont celles qui rendent impossible l'identification de la personne. La loi sanctionne également le fait de contraindre un tiers à dissimuler son visage ».

« L'interdiction prévue à l'article 1^{er} ne s'applique pas si la tenue est prescrite ou autorisée par des dispositions législatives ou réglementaires, si elle est justifiée par des raisons de santé ou des motifs professionnels, ou si elle s'inscrit dans le cadre de pratiques sportives, de fêtes ou de manifestations artistiques ou traditionnelles ».

9.3. - Les objets de valeurs

Il est recommandé aux patients de ne pas conserver d'argent et d'objets de valeur durant leur séjour à l'hôpital. Il est préférable de les laisser au domicile en cas d'hospitalisation programmée ou de les confier à l'un des proches.

Les patients ont également la possibilité de faire déposer certains objets de valeurs auprès du régisseur du bureau des admissions. Une fiche inventaire est complétée par le patient avec l'aide du personnel soignant et signée par les deux parties. Un reçu sera remis au patient. En cas de rajout sur la fiche d'inventaire, après le premier dépôt, le patient et les soignants datent et signent à nouveau cette fiche. Un nouveau reçu est remis au patient.

Le GHEF n'est pas responsable en cas de perte ou de vols d'objets non déposés conformément à la procédure ci-dessus énoncée (Loi n°92-614 du 06 juillet 1992).

10 - Le « prendre soin » : éthique et bientraitance

10.1. - L'éthique

Il existe un comité éthique GHEF (sous-commission de la CME) et des comités éthiques sur chaque site.

C'est une instance ouverte à toute personne confrontée à un questionnement éthique et favorisant la réflexion sur le sens du soin. Il peut être saisi par tout professionnel de l'établissement ou du territoire de santé, par un patient ou l'un de ses proches ou par un représentant des usagers. Le comité éthique participe à l'élaboration et à la construction du plan de formation de l'hôpital en ce qui concerne les sujets ayant trait à l'éthique.

Il organise, dans le cadre de son programme annuel, des formations sous la forme de débats, tables rondes et conférences où sont invitées également des personnalités extérieures à l'hôpital.

10.2. - La bientraitance

La bientraitance est « *une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance* » (ANESM- 2008).

C'est, pour les professionnels, « *une manière d'être, d'agir et de dire, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus* » (recommandations de bonnes pratiques professionnelles - ANSEM – janvier 2012).

La bientraitance s'exprime ainsi, non seulement à travers le respect de l'ensemble des droits des patients et l'amélioration de leur prise en charge, mais également par les attitudes professionnelles envers les plus vulnérables. C'est un mouvement d'adaptation permanent des professionnels confrontés à des patients. Elle implique donc une réflexion collective et des échanges entre professionnels nourris par une pratique quotidienne, mais aussi par une prise de recul suffisant afin de ne pas ignorer l'évolution des savoirs et des techniques.

La bientraitance est une démarche globale d'accueil et de soins inscrit dans le projet médical et de soins du GHEF, qui vise à promouvoir :

- Le respect de la liberté et des droits de la personne soignée,
- La prise en compte de ses besoins et attentes spécifiques, tout en maintenant la vigilance sur les risques de maltraitance.

Spécialement, notre établissement met en œuvre des unités spécialisées dans l'hébergement et le soins de personnes âgées comme de personnes relevant de soins psychiatriques, au sein desquels se posent plus vivement les problèmes de dépendance, d'isolement, d'absence de consentement ou de dispensation de soins somatiques.

Mais ces thèmes doivent être également bien présents en unités de courte durée où les patients vulnérables sont accueillis pour les épisodes aigus de leurs séjours.

Dans tous les cas, la seule approche thérapeutique « technique » ne peut répondre aux besoins des patients et de leurs proches qui exigent le respect de la dignité, et de la liberté d'aller et venir, aussi bien que le confort moral des patients, la prise en charge des dépendances, la lutte contre l'isolement, et la sécurité des personnes.

Aussi, les personnels hospitaliers, quels que soient leurs grades ou fonctions, assurent au mieux le confort physique et moral des malades dont ils ont la charge et contribuent au climat de sécurité et de calme indispensable au sein des locaux hospitaliers.

Ils respectent la dignité du patient, visent au soulagement de sa souffrance, et adoptent une attitude bienveillante envers la famille et leurs proches.

Ils observent neutralité et réserve, en s'abstenant de tout propos ou comportement excessif et déplacé, susceptible d'importuner ou de choquer les malades et les visiteurs. Ils traitent tous les patients de la même manière, quelles que soient leurs croyances religieuses.

10.3. - La prise en charge de la dépendance due à l'âge

Le GHEF met en œuvre une filière spécifique de prise en charge adaptée aux personnes âgées, dépendantes ou à risque de dépendance. A ce titre, il fait partie du Groupe Hospitalier de Territoire (GHT) Nord 77 avec le site de Jouarre et développe une stratégie commune sur la filière gériatrique sur le territoire.

Il offre, lui-même ou par voie de convention avec d'autres établissements, un ensemble cohérent et gradué de prestations, coordonné par des responsables médicaux qualifiés en gériatrie : consultations « mémoire », équipes mobiles de gériatrie et de géronto-psychiatrie, service de court séjour gériatrique, soins de suite et de réadaptation gériatrique, Unités de Soins de Longue Durée (USLD) et Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

10.4. - La prise en charge de la dépendance psychique

Les patients requérant des soins somatiques et présentant une dépendance psychique sont pris en charge pour l'ensemble de leurs besoins. Outre la présence d'un psychiatre 24h/24 aux urgences de l'établissement, un protocole de dispensation des soins somatiques aux patients de psychiatrie a été établi.

11 - Participation des représentants des usagers au sein de l'établissement

11.1. - L'espace usagers

Notre établissement met à disposition sur les 4 sites un « espace usagers » permettant aux différentes associations de représentants d'usagers, de patients, ou de familles, d'offrir au public, « informations, conseils et assistance ».

Des associations sont présentes sur les 4 sites.

11.2. - La participation aux Instances et Comités internes

Sur proposition d'associations agréées représentant les usagers, des membres de ces associations sont désignés par le directeur de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France, d'une part au Conseil de surveillance, d'autre part à la Commission Des Usagers (CDU).

Des représentants des usagers siégeant à la CDU sont désignés pour siéger également dans d'autres commissions tels que le :

- Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD),
- Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN),
- Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN),
- Bureau de l'espace éthique,
- Conseil de surveillance.

11.3. - Le rôle de la Commission Des Usagers (CDU)

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a modifié, dans son article 183, l'article L.1112-3 du Code de la Santé Publique concernant la Commission Des Usagers.

Les missions restent identiques. A ce titre, la Commission Des Usagers (CDU) veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches. Elle contribue, par ses avis et propositions, à la politique d'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches. Elle a été mise en place au sein du GHEF le 1^{er} janvier 2017 suite à la fusion des 4 établissements Meaux, Marne-la-Vallée, Coulommiers et Jouarre.

A cet effet, la CDU reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, et notamment :

- celles concernant les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées par la Commission Médicale d'Etablissement,
- les recommandations formulées dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement,
- les résultats d'enquêtes évaluant la satisfaction des usagers,
- l'analyse des réclamations comme des félicitations des usagers,
- les observations des associations de bénévoles.

S'agissant des Evénements Indésirables Graves Associés aux Soins (EIGAS), la commission reçoit :

- une présentation, au moins une fois par an,
- une information des EIGAS après chaque déclaration faite auprès de l'ARS dudit événement,
- de la description synthétique des circonstances de l'événement survenu,
- des conséquences pour la ou les personnes concernées,
- des mesures immédiates prises pour ces personnes,
- des actions menées par l'établissement pour y remédier.

Par ailleurs, la CDU rédige un rapport annuel sur les droits des patient et les recommandations de la politique qualité, et le transmet :

- à la Commission Médicale d'Etablissement,
- au Conseil de surveillance,
- à l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France.

Ce rapport fait partie des documents obligatoirement remis aux visiteurs de la Haute Autorité de Santé (HAS) lors des visites de certification.

11.4. - La formation des représentants des usagers

Les représentants des usagers appelés à siéger aux différentes instances ont la faculté de bénéficier de formations pour faciliter l'exercice de leur mandat et un congé de représentation leur est ouvert lorsqu'ils sont salariés (Art L. 225-8 du Code du travail).

12 - La gestion des plaintes

12.1. - La gestion des plaintes par le service « Relations avec les Usagers »

Le GHEF met en œuvre une réception centralisée des plaintes, permettant systématiquement l'enregistrement et l'émission d'un accusé de réception.

Une concertation régulière des services « Relation avec les usagers » et « Qualité Gestion des Risques » permet de rapprocher les plaintes exprimées et les Evénements Indésirables (EI) notamment dans le cadre de la survenue d'EIG et ou EIAS, afin d'analyser les situations et d'envisager s'il y a lieu, des actions correctives et préventives.

Réponse aux patients :

Chaque plainte fait l'objet d'un traitement en fonction de sa nature.

Le contenu des doléances est porté à la connaissance :

- du médecin chef de service / pôle,
- du cadre de santé du service / pôle,
- des médecins et cadres de santé nominativement cités par les plaignants,
- des cadres et directeur des services administratifs.

Ces derniers doivent fournir un rapport circonstancié permettant de fonder les réponses aux usagers.

Entretien avec les patients / familles

Suivant la nature du litige et les attentes exprimées, des entretiens sont organisés, à la demande des plaignants ou sur proposition des responsables des services de soins ou du service « Relations Usagers » avec le médecin et/ou cadre chef de service.

Lorsque cette rencontre n'a pas abouti à la résolution du litige, le médiateur médical ou non médical peut être saisi par l'utilisateur ou le responsable des relations avec les usagers.

12.2. - Le rôle de la CDU dans la gestion des plaintes

La CDU a accès à toutes les plaintes et réclamations d'utilisateurs reçues par le GHEF à l'exception de celles qui présentent le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel.

12.3. - La médiation interne

La CDU du GHEF comprend 3 médiateurs médicaux (1 sur chaque site), et deux médiateurs non médicaux (titulaire et suppléant).

Les médiateurs médicaux sont compétents pour connaître les plaintes et réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service.

Les médiateurs non médicaux sont compétents pour connaître les plaintes et réclamations étrangères à ces questions.

Les médiateurs médicaux et non médicaux peuvent être saisis :

- simultanément si nécessaire,
- à la demande du patient,
- à la demande du directeur.

Avec l'autorisation du patient, les médiateurs médicaux ont accès au dossier médical. **L'auteur d'une plainte peut se faire accompagner d'un représentant des usagers pour la rencontre avec le médiateur.**

La saisine des médiateurs est possible mais doit être très encadrée en cas de demande parallèle de reconnaissance de responsabilité d'indemnisation amiable ou de contentieux judiciaire. **Aucune reconnaissance de responsabilité ou de faute ne doit être mise en avant lors d'une médiation.**

Les médiateurs informent la CDU des résultats de leurs médiations. Un compte-rendu est envoyé au plaignant et à la CDU dans les 8 jours suivant ladite médiation.

12.4. - Les demandes de reconnaissance de responsabilité et les demandes d'indemnités

Les demandes de reconnaissance de responsabilité et d'indemnités font l'objet d'une déclaration de sinistre auprès de l'assureur de l'établissement.

Après examen des éléments du dossier et le cas échéant, intervention d'un expert médical, l'assureur suggère :

- de rejeter la demande (fin de non-recevoir) en l'absence de responsabilité de l'établissement,
- ou d'engager les pourparlers en vue d'une transaction amiable lorsque la responsabilité de l'établissement semble être valablement engagée.

En cas de rejet de leur demande, les plaignants sont informés par écrit de leur faculté de s'adresser, sous certaines conditions, à la Commission de Conciliation et d'Indemnisation des Accidents Médicaux (voix amiable) ou au tribunal administratif territorialement compétent (voie contentieuse).

13 - L'évaluation de la politique des droits des patients

13.1. - L'ÉVALUATION INTERNE

13.1.1. - Les questionnaires de sortie

Le GHEF assure la diffusion aux patients hospitalisés, d'un questionnaire de satisfaction qui peut rester anonyme. Ces derniers font l'objet d'une exploitation détaillée et statistique par le service « Relations avec les Usagers » dont le résultat est notamment présenté à la Commission Des Usagers (CDU).

13.1.2. - Les enquêtes de satisfaction

Les services ont la possibilité de réaliser des « enquêtes » sur la satisfaction des patients relatifs à leur prise en charge. Les résultats de ces enquêtes sont systématiquement présentés en CDU.

13.1.3. - Les indicateurs de gestion des plaintes

Le service « Relations avec les Usagers » produit et adresse périodiquement à la CDU les résultats statistiques de la gestion des plaintes et des demandes d'informations liées aux soins.

13.1.4. - Les rapports annuels de la CDU

La CDU, qui recueille les éléments permettant de juger de la qualité de la prise en charge y compris les éléments traités par les autres instances de l'établissement (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales, Comité de Lutte contre la Douleur, Comité de Liaison Alimentation Nutrition, etc.) élabore annuellement un rapport sur :

- les réclamations, contentieux,
- le bilan des actions de l'année écoulée,
- les recommandations et les actions à mettre en place pour l'année suivante.

Ce rapport est transmis à la Commission Médicale d'Etablissement et au Conseil de surveillance avant d'être adressé à l'Agence Régionale de Santé puis à la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie.

En région Ile-de-France et à partir de 2012, le rapport à transmettre à l'Agence Régionale de Santé se présente obligatoirement sous forme d'un questionnaire à remplir en ligne.

Le rapport de la CDU fait partie des documents obligatoirement remis aux visiteurs de la Haute Autorité de Santé (HAS) lors de la visite de certification.

13.2. - L'ÉVALUATION EXTERNE

13.2.1. - Les enquêtes E-satis

Des notes d'information et d'instruction de la Direction Générale de la Santé, rendent obligatoires, à compter de 2012, les enquêtes annuelles, par mails, de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés au sein des établissements de santé, publics et privés, ayant une activité de Médecine, Chirurgie ou Obstétrique (MCO), sur la base d'une méthode standard (questionnaire dit « Saphora »).

La Direction Générale de l'Organisation des Soins a annoncé la publication d'un nouveau cahier des charges concernant la mesure de la satisfaction des patients hospitalisés.

13.2.2. - La certification du GHEF par la HAS

Le manuel référentiel de la Haute Autorité en Santé mentionne plusieurs critères exigibles des établissements candidats à la certification dans le domaine des droits du patient.

Dans le cadre de la certification, des actions d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) sont conduites.

13.2.3. - Les certifications externes

Certains services du GHEF ont fait certifier leur système de management qualité selon des normes de qualité (ISO 9001 – ISO 15189).

Ces certifications sont reconnues par la HAS comme étant réputées largement conformes au manuel de certification des établissements de santé.

13.2.4. - Le contrôle général des lieux de privation de libertés

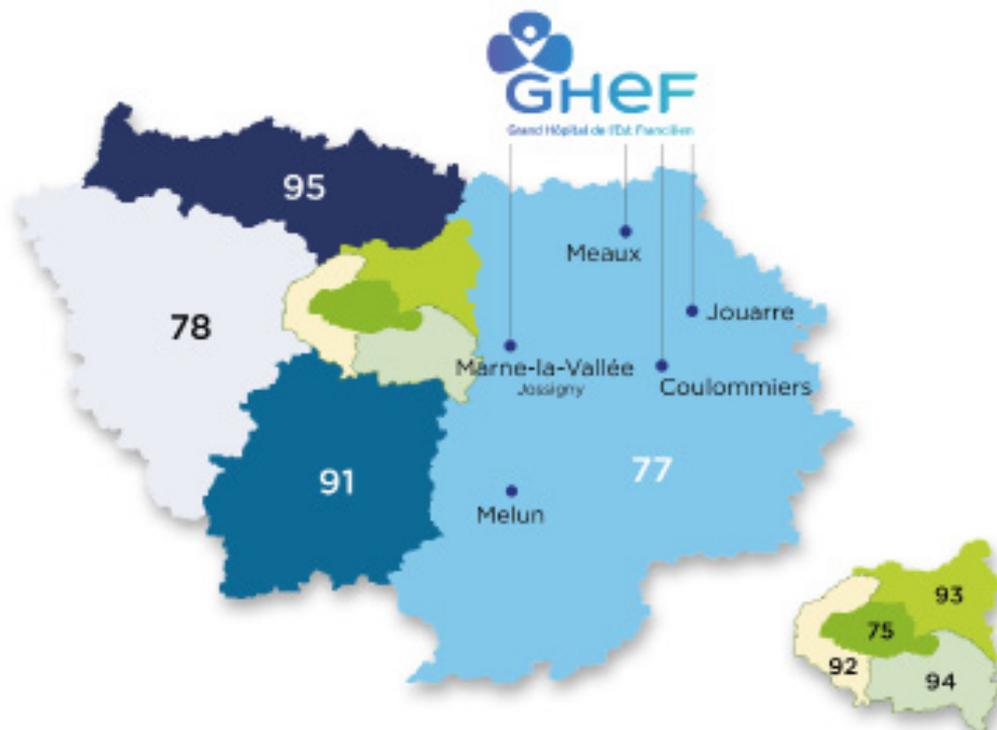
Une loi du 30 octobre 2007 a institué un « Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté » qui peut visiter à tout moment :

- les maisons d'arrêt,
- les centres de rétention,
- les locaux hospitaliers consacrés aux soins des détenus,
- les établissements ou unités de santé recevant des personnes hospitalisées sans leur consentement (hospitalisation d'office ou à la demande d'un tiers),
- des chambres d'isolement,
- des Unités pour Malades Difficiles (UMD),
- des Unités Médico-Judiciaires (UMJ).

Un rapport annuel et des avis sur des points particuliers sont publiés au Journal Officiel.

Bibliographie et cadre réglementaire

- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Loi « Léonetti » n° 2005-370 du 22 avril 2005 modifiée par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital, et relative aux patients, à la santé.
- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- Instruction n°DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement.
- HAS – Note de cadrage juillet 2015 – Place de la contention et de la chambre d'isolement en psychiatrie.
- Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la couverture universelle.
- Loi n°2015-1702 du 22 décembre 2015 de financement et sécurité sociale pour 2016, portant création de la protection universelle maladie à la place de la CMU de base.
- Loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions de la loi n°2011-803 du 11 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet des soins psychiatriques.
- Loi 2010-1192 du 11 octobre 2010, interdit la dissimulation du visage dans l'espace public.
- Code de la santé publique concernant la pharmacie à usage intérieur (article L. 5126-4).
- Décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'AME.
- Circulaire DGAS/ DSS/ DHOS/ 2005/407 du 27 septembre 2005 relative à l'Aide Médicale de l'Etat.
- Circulaire du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat modifiée par la circulaire DSS/ 2A/ DGAS/ DHOS n°2008-04 du 7 janvier 2008.
- Circulaire n°DHOS/G/205/57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les EPS.
- Circulaire N°DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 relative à des points particuliers de la réglementation de l'Aide Médicale de l'Etat.
- CNIL : Guide des professionnels de santé – 2011
Décret n°2017-415 du 27 mars 2017 relatif aux modalités d'information de la Commission Des Usagers sur les Evènements Indésirables Graves Associés aux Soins.
- Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'Action sociale et médico-sociale.



4 sites hospitaliers

hors structures extra-hospitalières :

✓ à Meaux

SITE SAINT-FARON (siège social)

6-8 rue Saint-Fiacre
BP 218 - 77104 Meaux cedex

✓ à Jossigny

SITE DE MARNE-LA-VALLÉE

2-4 cours de la Gondoire
77600 Jossigny

✓ à Coulommiers

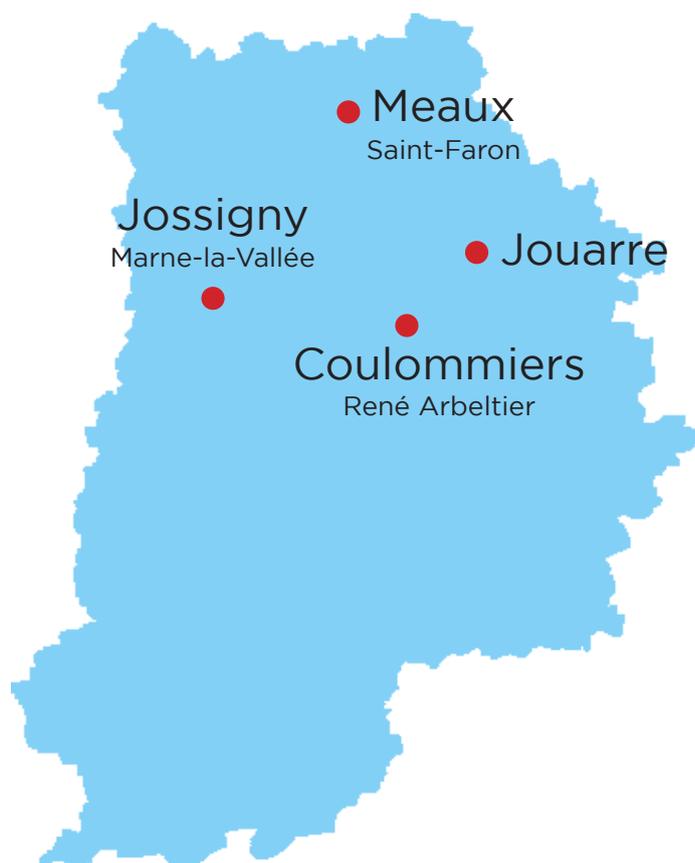
SITE RENÉ ARBELTIER

4 rue Gabriel Péri
77527 Coulommiers cedex

✓ à Jouarre

SITE DE JOUARRE

18 rue Petit Huet
77640 Jouarre



Retrouvez-nous sur nos pages Facebook
Plus d'informations sur www.ghef.fr