



REGLEMENT INTERIEUR

du CHU de Grenoble

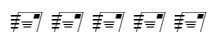
SOMMAIRE

| | | |
|----------|---|-----------|
| | AVERTISSEMENT | 6 |
| A | PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE | 7 |
| A.1 | Organisation Générale du CHU de Grenoble | 8 |
| A.1.1. | Les missions du CHU de Grenoble | 8 |
| A.1.2. | Le conseil d'administration, le directeur général et le conseil exécutif | 9 |
| A.1.3. | Les autres instances | 10 |
| A.1.4. | Organisation en pôles d'activité | 13 |
| A.1.5. | Les conseils de pôles | 15 |
| A.1.6. | Permanence de soins | 16 |
| A.1.7. | Fonction des internes | 16 |
| A.1.8. | Fonction des étudiants hospitaliers | 17 |
| A.1.9. | Présence du médecin traitant | 17 |
| A.2 | Sécurité et Hygiène | 18 |
| A.2.1 | La sécurité générale | 18 |
| A.2.1.1. | Accès à l'hôpital | 18 |
| A.2.1.2. | Calme au sein de l'hôpital | 19 |
| A.2.1.3. | Personnels de sécurité générale | 19 |
| A.2.1.4. | Matériels de sécurité générale | 19 |
| A.2.1.5. | Règles de responsabilité | 20 |
| A.2.1.6. | Rapports avec l'autorité judiciaire | 20 |
| A.2.A.7. | Rapports avec les autorités de police | 20 |
| A.2.1.8. | Circonstances exceptionnelles | 21 |
| A.2.2. | L'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité de Fonctionnement | 21 |
| A.2.2.1. | Gestion des risques | 21 |
| A.2.2.2. | La commission de relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ) | 22 |
| A.2.2.3. | Réparation des dommages sanitaires | 22 |
| A.2.2.4. | Sécurité incendie | 23 |
| A.2.2.5 | La circulation et le stationnement | 23 |
| A.2.2.6 | Utilisation des téléphones cellulaires | 23 |
| B | CONSULTATION ET HOSPITALISATION | 24 |
| B.1. | Principes régissant l'Accès aux Soins | 25 |
| B.1.1. | Droit à la prévention et aux soins | 25 |
| B.1.2. | Libre choix du malade | 25 |
| B.1.3. | Accueil des malades – accès aux soins des personnes démunies | 25 |
| B.2 | Consultations et Soins Externes | 25 |
| B.3 | Admission en Hospitalisation | 26 |
| B.3.1. | Décision d'admission | 26 |
| B.3.2. | Formalités d'admission | 26 |
| B.3.3. | Secret de l'admission | 26 |
| B.3.4. | Personne de confiance | 26 |
| B.3.5. | Livret d'accueil | 27 |
| B.3.6. | Modes d'admission | 27 |
| B.3.6.1. | Admission à la demande d'un médecin traitant ou suite à une consultation | 27 |
| B.3.6.2. | Admission urgente directe dans un service | 27 |
| B.3.6.3. | Admission à la suite d'un transfert | 27 |
| B.3.7. | Hospitalisation sans consentement en raison de troubles mentaux | 28 |
| B.3.8. | Structures alternatives à l'hospitalisation à temps complet | 28 |
| B.4. | Activité Libérale des Médecins Hospitaliers | 29 |
| B.4.1. | Organisation de l'activité libérale | 29 |
| B.4.2. | Exercice de l'activité libérale | 29 |
| B.5. | Accueil en urgence | 30 |
| B.5.1. | Organisation de la prise en charge en urgence | 30 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| B.5.2. | Plan d'accueil des malades ou blessés en urgence | 30 |
| B.5.3. | Information sur les malades hospitalisés en urgence | 30 |
| B.6. | Malades mineurs (dispositions particulières) | 31 |
| B.6.1. | Garde et protection des mineurs | 31 |
| B.6.2. | Consultations sur mineurs | 31 |
| B.6.3. | Admission des malades mineurs | 31 |
| B.6.4. | Mineurs reçus en urgence | 31 |
| B.6.5. | Accompagnement des enfants en hospitalisation | 31 |
| B.7. | Femmes enceintes (dispositions particulières) | 32 |
| B.7.1. | Admission en maternité | 32 |
| B.7.2. | Secret de la grossesse ou de la naissance – accès aux origines | 32 |
| C. | INFORMATION ET SOINS | 33 |
| C.1. | Information des Malades | 34 |
| C.1.1. | Entretien individuel | 34 |
| C.1.2. | Communication du dossier médical | 34 |
| C.1.3. | Clichés d'imagerie médicale | 35 |
| C.1.4. | Informatisation du dossier patient | 35 |
| C.2. | Consentement aux Soins | 36 |
| C.2.1. | Accord sur les soins | 36 |
| C.2.2. | Refus sur les soins | 36 |
| C.2.3. | Patients en fin de vie | 36 |
| C.3. | Soins Palliatifs | 37 |
| C.4. | Malades Mineurs (dispositions particulières) | 37 |
| C.4.1. | Information concernant les mineurs | 37 |
| C.4.2. | Consentement aux soins pour les mineurs | 37 |
| C.5. | Majeurs sous tutelle (dispositions applicables) | 38 |
| C.6. | Transfusion sanguine, sécurité transfusionnelle | 38 |
| C.7. | Dons et prélèvements d'autres éléments et produits du corps | 39 |
| C.7.1. | Principes généraux | 39 |
| C.7.2. | Prélèvements sur une personne vivante | 39 |
| C.7.3. | Prélèvements sur une personne décédée | 39 |
| C.8. | Participation aux recherches biomédicales | 40 |
| D. | SEJOUR DES PATIENTS | 41 |
| D.1. | Principes régissant le Séjour | 42 |
| D.1.1. | Règles générales | 42 |
| D.1.2. | Dépôt des objets du patient | 42 |
| D.1.3. | Gestion des biens et protection des majeurs sous tutelle | 42 |
| D.1.4. | Service des repas | 43 |
| D.1.5. | Poursuite de la scolarité | 43 |
| D.1.6. | Autorisation de sortie en cours d'hospitalisation | 43 |
| D.1.7. | Exercice des cultes | 43 |
| D.1.8. | Surveillance et garde des détenus | 44 |
| D.1.9. | Intervention du service social | 44 |
| D.2. | Accès des personnes étrangères à l'hôpital | 45 |
| D.2.1. | Visites | 45 |
| D.2.2. | Recommandations aux visiteurs | 45 |
| D.2.3. | Stagiaires extérieurs | 45 |
| D.2.4. | Associations de bénévoles | 45 |
| D.2.5. | Accès des professionnels de la presse | 46 |
| D.2.6. | Interdiction d'accès aux démarcheurs, représentants et enquêteurs | 46 |
| D.2.7. | Intervention des notaires | 46 |
| D.3. | Règles Diverses | 47 |
| D.3.1. | Respect de la dignité et de l'intimité | 47 |
| D.3.2. | Droits civiques | 47 |
| D.3.3. | Neutralité et laïcité du service public | 47 |
| D.3.4. | Prestataires de service au sein de l'hôpital | 47 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| D.3.5. | Interdiction des pourboires | 47 |
| D.3.6. | Effets personnels | 48 |
| D.3.7. | Animaux domestiques | 48 |
| D.3.8. | Courrier | 48 |
| E. | SORTIE DES PATIENTS | 49 |
| E.1. | Sortie des patients en fin de séjour | 50 |
| E.1.1. | Décision de sortie | 50 |
| E.1.2. | Organisation de la sortie des malades adultes | 50 |
| E.1.3. | Sortie des mineurs en cas d'hospitalisation | 50 |
| E.1.4. | Sortie des nouveau-nés | 50 |
| E.2. | Cas particuliers de sortie | 51 |
| E.2.1. | Sortie contre avis médical | 51 |
| E.2.2. | Sortie à l'insu du service | 51 |
| E.2.3. | Sortie disciplinaire | 51 |
| E.2.4. | Sortie des patients hospitalisés sans consentement | 51 |
| F. | NAISSANCES ET DECES | 52 |
| F.1. | Dispositions relatives aux naissances | 53 |
| F.1.1. | Déclaration de naissance | 53 |
| F.1.2. | Déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale | 53 |
| F.2. | Dispositions relatives aux décès | 54 |
| F.2.1. | Attitude à l'approche du décès | 54 |
| F.2.2. | Information sur le décès | 54 |
| F.2.3. | Formalités entourant le décès | 54 |
| F.2.4. | Gestion des objets du défunt | 55 |
| F.2.5. | Liberté des funérailles – dispositions testamentaires | 55 |
| F.2.6. | Dépôt des corps à la chambre mortuaire | 56 |
| F.2.7. | Organisation des opérations funéraires – libre choix des opérateurs | 56 |
| F.2.8. | Mise en bière et transport après mise en bière | 56 |
| F.2.9. | Transport sans mise en bière | 57 |
| F.2.9.1. | Transport sans mise en bière au domicile | 57 |
| F.2.9.2. | Transport sans mise en bière à la chambre funéraire intercommunale | 57 |
| G. | DISPOSITIONS FINANCIERES | 58 |
| G.1. | Tarifs des consultations externes | 59 |
| G.2. | Frais de séjour hospitalier | 60 |
| G.2.1. | Tarifs des prestations | 60 |
| G.2.2. | Forfait journalier | 60 |
| G.2.3. | Paiement des frais de séjour et provisions | 60 |
| G.2.4. | Honoraires des médecins au titre de leur activité libérale | 60 |
| G.2.5. | Prestations fournies aux accompagnants | 60 |
| H. | DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS | 61 |
| H.1. | Règles fondées sur le respect du malade | 62 |
| H.1.1. | Secret professionnel | 62 |
| H.1.2. | Obligation de discrétion professionnelle | 62 |
| H.1.3. | Devoir général de réserve – respect de la liberté de conscience et d'opinion | 63 |
| H.1.4. | Respect du confort des malades | 63 |
| H.1.5. | Exigence d'une tenue correcte et interdiction de fumer | 63 |
| H.1.6. | Identification vis-à-vis des interlocuteurs | 64 |
| H.1.7. | Accueil et respect du libre choix des familles | 64 |
| H.2. | Autres règles de comportement professionnel | 65 |
| H.2.1. | Obligation de désintéressement – obligation de déclaration d'intérêts | 65 |
| H.2.2. | Interdiction d'exercer une activité lucrative | 65 |
| H.2.3. | Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces | 65 |
| H.2.4. | Exécution des instructions reçues | 65 |
| H.2.5. | Assiduité et ponctualité | 65 |
| H.2.6. | Informations du supérieur hiérarchique | 66 |
| H.2.7. | Obligation de signalement des incidents ou risques | 66 |

| | | |
|---------|--|-----------|
| H.2.8. | Interdiction du harcèlement moral ou sexuel | 66 |
| H.2.9. | Témoignage en justice ou auprès de la police | 66 |
| H.2.10. | Bon usage des biens de l'hôpital | 66 |
| H.2.11. | Obligation de déposer les biens confiés ou trouvés | 66 |
| H.2.12. | Respect des règles d'hygiène et de sécurité | 66 |
| H.2.13 | Exercice du droit syndical | 67 |
| H.2.14 | Sanctions disciplinaires | 67 |
| H.3. | Utilisation des ressources informatiques | 67 |
| | Annexe n° 1 | 68 |



AVERTISSEMENT

L'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé a maintenu parmi les compétences du conseil d'administration des établissements de santé la délibération sur le règlement intérieur.

Par nature et par tradition, ce document, qui n'avait pas été actualisé pour le CHU de Grenoble depuis 1997, retrace à l'intention des usagers l'organisation générale de l'établissement, et les dispositions qui y sont applicables au quotidien dans l'exercice de ses missions. Elles résultent soit des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, soit pour une large part du pouvoir de police et de conduite générale de l'établissement assuré par le chef d'établissement, dans le cadre de la politique définie par le conseil d'administration. Il n'était pas matériellement possible de citer l'ensemble des textes législatifs et réglementaires régissant le fonctionnement du CHU, qui s'appliquent de droit, ni même d'en donner les références que l'on trouve pour l'essentiel dans le code de la santé publique.

Une fois délibéré par le conseil d'administration, le règlement intérieur est opposable aux usagers du CHU et à ses personnels. Il fonde et encadre le pouvoir de police et de protection du chef d'établissement et des agents qui l'exercent sous sa délégation.

Pour plus de clarté, ont été regroupées en annexe 1 les dispositions nouvelles relatives à la gouvernance du CHU, qui relèvent de la compétence du conseil d'administration, ou sont explicitement prévues comme devant s'intégrer dans le règlement intérieur, et feront donc l'objet d'une délibération spécifique du conseil d'administration. Cette annexe sera complétée des délibérations ultérieures du conseil, qui interviendront après la mise en place des pôles d'activité (conseils de pôle), le renouvellement de la CME (sous-commissions chargées de contribuer à la qualité et la sécurité des soins), la mise en place de la contractualisation interne (les critères d'évaluation de l'exécution des contrats).

Le règlement intérieur dans son ensemble fait donc l'objet d'une délibération du conseil d'administration, après avis des instances et concertation sur ce projet de document, qui sera régulièrement actualisé.

A

**PRESENTATION
DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

A.1 : Organisation générale du CHU de Grenoble

A.1.1 : Les missions du CHU de Grenoble

Le Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble exerce une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche, en partenariat avec l'université Joseph Fourier et ses unités de formation et de recherche en médecine et pharmacie.

C'est un établissement public de santé, dont le siège est à Grenoble (son adresse postale est BP 217 – 38043 GRENOBLE Cedex 09), et les terrains principaux sur les communes de La Tronche, Echirolles, et Saint-Ismier.

Les principaux sites de soins sont :

- L'hôpital NORD (hôpital MICHALLON et hôpital de La Tronche)
- L'hôpital SUD à Echirolles
- Le Centre Médico-chirurgical « Les Petites Roches » à Saint-Hilaire du Touvet
- La maison de retraite « La Bâtie » à Saint-Ismier.

Il exerce les missions suivantes :

- › Soins de recours et de référence pour une prise en charge spécialisée à la demande de la population du sillon alpin (Isère, Savoie et Haute-Savoie) ou de la région Rhône-Alpes et au-delà.
- › Hôpital de proximité au service des patients de l'agglomération grenobloise, auxquels il assure les soins préventifs, curatifs ou palliatifs ainsi que les examens de diagnostic que requiert leur état.
- › L'enseignement et la recherche dans le domaine de la santé. A cet effet, il accueille des internes et étudiants hospitaliers et gère des écoles paramédicales (cadres infirmiers, infirmières, infirmières spécialisées, aides soignants, kinésithérapeutes, manipulateurs radio) et de sages femmes.

Le CHU de Grenoble est régi par les principes fondamentaux de l'égal accès de tous aux soins, de la continuité du service public et de l'adaptation continue des moyens aux exigences de qualité de ce service.

De jour comme de nuit, et en toutes circonstances, le CHU de Grenoble est en mesure d'accueillir toutes les personnes dont l'état requiert ses services ; il assure leur admission soit en son sein, éventuellement en urgence, soit dans une autre structure de soins.

La dispensation de soins dans le respect des règles déontologiques et professionnelles (notamment en ce qui concerne le secret professionnel et l'information des patients et de leurs proches), le respect de la dignité et de la personnalité du malade, la prise en compte de sa souffrance, et le devoir d'assistance à personne en péril sont des obligations essentielles de l'ensemble des personnels du CHU de Grenoble.

La continuité du service public est assurée par une organisation adéquate sur le plan des soins et des relations avec les malades et leurs proches, ainsi que sur le plan technique.

A.1.2 : Le conseil d'administration, le directeur général et le conseil exécutif

Le CHU de Grenoble est administré par un conseil d'administration présidé par le maire de Grenoble, et dirigé par un directeur général, nommé par décret du Ministre de la Santé, qui préside un conseil exécutif associant directeurs et représentants du corps médical.

Le Conseil d'Administration, présidé par le maire de Grenoble, est composé de trois catégories de membres : des représentants des collectivités territoriales, des représentants des personnels du CHU (personnel médical, personnel de soins et représentation syndicale des personnels non-médicaux) des représentants des usagers et des personnalités qualifiées.

Par ailleurs, un représentant des familles accueillies dans les unités de soins de longue durée et à la Maison de Retraite, siège au Conseil d'Administration avec voix consultative. Ce représentant est désigné dans les conditions suivantes : appel à candidature est lancé par voie d'affichage dans les structures concernées, réception d'entretien par le directeur référent des personnes candidates et transmission par la direction générale au directeur de l'ARH d'une liste proposant 3 noms.

Il arrête la politique générale de l'établissement, sa politique d'évaluation et de contrôle et délibère, après avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement sur les grands domaines de la gestion du CHU : projet d'établissement, politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des usagers, état des prévisions de dépenses et de recettes, organisation en pôles d'activité et leurs structures internes, politique de contractualisation interne, politique sociale, etc.

Le conseil d'administration se réunit sur convocation de son président au moins 4 fois par an, et davantage si nécessaire.

L'ordre du jour, arrêté par le président, est adressé en principe 7 jours à l'avance au minimum à l'ensemble des membres du conseil d'administration. Ce délai peut être raccourci en cas d'urgence.

Le directeur général, qui représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile, en assure la gestion et la conduite générale. Il est chargé de l'exécution des décisions du conseil d'administration et met en œuvre la politique définie par ce dernier. Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement qui ne relèvent pas de la compétence du conseil d'administration. Il est assisté par une équipe de directeurs, responsables, sous son autorité, du fonctionnement de l'institution dans un ou plusieurs pôles administratifs ou logistiques, ou référents d'un ou plusieurs pôles d'activité, en application de l'organigramme de Direction. Des délégations de signature sont mises en œuvre.

Le Conseil Exécutif, présidé de droit par le directeur général, est composé à parité au CHU de 16 membres désignés respectivement et en accord par le directeur général et le Président de la CME :

- › 8 membres du corps médical. De droit, siègent le Président de la CME et le Doyen de l'UFR. 6 autres praticiens sont désignés, dont au moins 3 responsables de pôles. Le Président du Comité de la Recherche en Médecine Biomédicale et en Santé assiste avec voix consultative.
- › 8 membres du corps de direction. De droit, siège le directeur général, Président. Les 7 autres membres sont des directeurs fonctionnels ou des directeurs référents des pôles.

Le conseil exécutif prépare, coordonne et suit notamment les mesures nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement et du projet médical, ainsi que les plans de formation et d'évaluation des pratiques professionnelles.

L'ordre du jour et les comptes rendus du conseil exécutif sont diffusés par le directeur général qui en assure le secrétariat.

Dans le cadre de cette organisation les achats de biens et services et les travaux sont effectués dans le respect des dispositions du Code des Marchés Publics.

A.1.3 : Les autres instances

Outre le Conseil d'administration, organe délibérant, le CHU de Grenoble est doté des instances consultatives suivantes :

Une commission médicale d'établissement (CME) : Cette commission est composée de cinquante deux membres élus par des collègues (le CHU de Grenoble n'a pas passé convention avec une unité de formation et de recherche en odontologie ; les deux membres prévus au décret n° 2005-1656 pour la discipline odontologique ne sont pas prévus) représentant les diverses catégories des praticiens titulaires d'une part, temporaires d'autre part, selon une double représentation des disciplines et des statuts :

- 16 représentants des spécialités médicales,
- 11 représentants des spécialités chirurgicales,
- 8 représentants des spécialités biologiques,
- 6 représentants de l'anesthésie-réanimation,
- 1 pharmacien,
- 7 représentants des personnels médicaux temporaires ou non-titulaires,
- 1 représentant des internes en pharmacie,
- 1 représentant des internes de spécialités de la médecine générale,
- 1 sage femme.

Désormais, la moitié des sièges est attribuée aux praticiens hospitaliers.

Assiste également aux réunions de la CME avec voix consultative, un représentant du CTE désigné par cette instance ; en cas d'empêchement, ce représentant est remplacé par son suppléant désigné dans les mêmes conditions.

La commission médicale d'établissement élit son président et son vice-président qui le supplée, et constitue en son sein un bureau. Elle donne son avis sur les questions délibérées par le conseil d'administration. Avec le conseil exécutif, la CME prépare le projet médical, et organise la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles. Elle émet des avis sur le projet de soins, de rééducation et médico-technique, sur le fonctionnement des pôles d'activité non-médicaux, sur la nomination des responsables de pôles d'activité médicaux, et en formation restreinte, sur les questions individuelle de recrutement et carrière des praticiens.

Le corps médical et pharmaceutique du CHU de Grenoble, convoqué par le président de la CME en assemblée générale, est informé au moins 2 fois par an sur les travaux et délibérations de la CME et sur la réalisation des objectifs fixés par le projet d'établissement.

Des sous-commissions désignées par la CME ont également un rôle important. Leur composition et leurs attributions mentionnées dans le Code de la Santé Publique seront définies par le règlement intérieur, après avis de la CME élue en 2007 ; la liste nominative de leurs membres est arrêtée en application de ces textes, par décision du directeur général.

Les sous-commissions de la CME sont au nombre de 9 :

- Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (CSTH)
- Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS)
- Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)
- Commission de Formation Médicale Continue et Evaluation des Pratiques Professionnelles (FMC-EPP)
- Commission de Continuité des Soins et Permanences Pharmaceutiques (COCSP)
- Commission des Admissions Non-Programmées (CANP)
- Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)
- Comité Local d'Alimentation et Nutrition (CLAN)
- Commission de l'Informatique Médicale (CIM-CME).

Un Comité Technique d'Etablissement (CTE) : Présidé par le directeur général, ce comité est composé de représentants du personnel relevant du statut de fonctionnaires hospitaliers, élus par collèges sur des listes présentées par des organisations syndicales représentatives au sein de l'établissement pour chaque catégorie de personnel. Ce comité est saisi pour émettre un avis sur les principaux projets de délibération soumis à l'adoption du conseil d'administration et participe au traitement des dossiers d'ordre général concernant ces personnels : conditions et organisation du travail de l'établissement, politique générale de formation, critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité. Le comité est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement.

Assiste également aux réunions du CTE avec voix consultative, un représentant de la CME désigné par cette instance ; en cas d'empêchement, ce représentant est remplacé par son suppléant désigné dans les mêmes conditions.

Le CTE comprend une sous-commission appelée Commission de Formation Continue.

Une Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) : Cette commission, présidée par le coordonnateur général des soins, membre de l'équipe de direction, est composée de 32 membres représentants des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques : personnels infirmiers, manipulateurs d'électroradiologie, techniciens de laboratoires, préparateurs en pharmacie, kinésithérapeutes, diététiciens. Les modalités de scrutin pour la désignation des membres de la CSIRMT sont définies en annexe n° 1 au présent règlement intérieur. La commission est consultée sur l'organisation générale des soins, l'accompagnement des malades, la recherche en soins, l'évaluation des pratiques, la politique d'amélioration continue de la qualité, le projet d'établissement et son organisation interne.

Un Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail examine toutes les questions transversales au CHU, en liaison avec les trois comités locaux par site : Hôpital Nord à LA TRONCHE, Hôpital Sud à ECHIROLLES et CMC « Les Petites Roches » à SAINT-HILAIRE DU TOUVET. Le Code du Travail confie à ces comités de définir les orientations générales en vue de la protection sanitaire et de la sécurité des personnes travaillant dans l'établissement. Le CHSCT comprend des représentants du personnel et de l'administration ainsi que d'autres personnalités comme le Médecin du travail et l'Inspecteur du travail. Il est présidé par le directeur ou son représentant.

Par ailleurs, au CHU de Grenoble, a été mise en place une Commission d'Amélioration des Conditions de Travail qui conduit son action en lien avec le CHSCT.

Une Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en charge présidée par le directeur général, et composée d'un médiateur médical et d'un médiateur non-médical, des représentants des usagers au conseil d'administration (ces membres formant le bureau), ainsi que de représentants du président de la commission médicale d'établissement, du conseil d'administration, et du comité technique d'établissement. Le bureau a droit d'accès, sous réserve des dispositions relatives au secret médical, à l'ensemble des dossiers nominatifs constitués à réception d'une plainte ou réclamation ainsi que les réponses apportées par les responsables de l'établissement.

Il examine les plaintes et les rapports des médiateurs pour les réclamations qui n'ont pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel afin de donner un avis au directeur général sur la suite à donner.

La commission veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

Avec l'accord du demandeur, la commission régionale de conciliation et d'indemnisation peut se dessaisir d'une demande de conciliation adressée à son niveau et la transmettre à la commission des relations des usagers et de la qualité de la prise en charge du CHU, si cela est de nature à favoriser la solution du litige.

La commission contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil de respect des droits des patients et de la prise en charge des usagers de l'hôpital en :

- procédant à une appréciation des pratiques de l'établissement en recensant les mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le conseil d'administration et en évaluant l'impact de leur mise en œuvre,
- formulant des recommandations, notamment en matière de formation des personnels,
- examinant les plaintes et réclamations n'ayant pas fait l'objet d'une saisine du médiateur.

La commission rend compte de ses analyses et propositions dans son rapport annuel présenté au conseil d'administration.

Une Commission de l'Activité Libérale chargée de veiller au bon déroulement de cette activité par les médecins hospitaliers. Cette commission peut, sous réserve du respect du secret médical, demander toutes informations utiles sur l'activité libérale d'un praticien, et notamment communication des statistiques de son activité qui sont détenues par les organismes de sécurité sociale compétents. Elle établit chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein de l'établissement et sur les informations financières qui lui ont été communiquées. Le rapport est en outre communiqué, pour information, à la commission médicale d'établissement, au conseil d'administration, au directeur de l'agence régionale d'hospitalisation et au préfet conformément à l'article L6154-11 du Code de la Santé Publique.

Les membres de la commission de l'activité libérale de l'établissement sont nommés par le préfet du département.

La commission comprend :

- Un membre du conseil départemental de l'ordre des médecins, n'exerçant pas dans l'établissement et n'ayant pas d'intérêt dans la gestion d'un établissement de soins privés, désigné sur proposition du président du conseil départemental de l'ordre des médecins ;
- Deux représentants désignés par le conseil d'administration parmi ses membres non médecins ;
- Un représentant de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales désigné par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales ;
- Un représentant de la caisse primaire d'assurance maladie désigné par le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie ;
- Deux praticiens exerçant une activité libérale désignés par la commission médicale d'établissement
- Un praticien n'exerçant pas d'activité libérale désigné par la commission médicale d'établissement.
- La commission élit son président parmi ses membres.

En outre, des **Commissions d'Appels d'Offres**, présidées par le directeur général ou ses représentants et composées chacune de deux membres du conseil d'administration examinent les offres faites à la suite d'appels publics à la concurrence en matière de fournitures, services et travaux afin de donner leur avis au directeur, conformément aux règles du code des marchés publics.

A.1.4 : Organisation générale en pôles d'activité

L'ensemble des activités du CHU s'organise en pôles d'activités cliniques et médico-techniques, et en pôles logistiques et administratifs.

L'activité médicale est organisée en pôles d'activité cliniques et médico-techniques, définis par le conseil d'administration conformément au projet d'établissement, sur proposition du conseil exécutif, après avis des instances consultatives de l'établissement.

Dans les pôles d'activité clinique et médico-techniques, les responsables sont nommés par décision conjointe du directeur général, du Président de la CME et du Doyen de l'UFR. La nomination intervient après avis du conseil de pôle siégeant en formation restreinte aux personnels médicaux et pharmaceutiques, avis de la CME et du Conseil Exécutif, du conseil restreint de gestion de l'UFR concernée et du Président du Comité de Recherche en matière biomédicale et de santé publique.

Dans les pôles d'activité administrative ou logistique, les responsables de pôles, choisis parmi les cadres de l'établissement ou les personnels de direction, sont nommés par le directeur général.

Les praticiens responsables de pôles d'activité cliniques et médico-techniques mettent en œuvre la politique générale de l'établissement au sein du pôle, et organisent avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle, sur lesquelles ils ont autorité fonctionnelle, le fonctionnement technique du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités de structure prévues par le projet de pôle.

Les praticiens responsables élaborent avec le conseil de pôle un projet de pôle, en cohérence avec les orientations du SROS et les objectifs stratégiques du projet d'établissement.

Il décline notamment pour le pôle :

- le projet de prise en charge du patient
- la politique qualité
- le projet d'enseignement et de recherche.

Chaque pôle assure des missions de gestion, dans le cadre des délégations de gestion données par le directeur général au responsable médical de pôle.

Le responsable médical du pôle est assisté par un cadre supérieur de santé (ou un cadre supérieur sage-femme) et un cadre administratif, nommés par le directeur général.

Un directeur référent est nommé par le directeur général, pour accompagner le pôle dans l'élaboration de son projet et dans la démarche de contractualisation interne.

Un bureau de pôle est constitué pour préparer les décisions du pôle. Le conseil de pôle et le bureau du pôle sont présidés par le responsable médical. Le bureau de pôle est constitué par son responsable, et comprend de droit les praticiens responsables des cliniques, le praticien référent pour l'information médicale, le cadre supérieur de santé du pôle (le cas échéant la cadre supérieur sage-femme), le cadre administratif.

Les structures de prise en charge internes aux pôles d'activité cliniques et médico-techniques, accueillent les personnes soignées en hospitalisation, en consultation ou lors des examens et explorations. Elles peuvent comporter, selon les pôles, en cohérence avec le projet d'établissement et avec la dimension universitaire du CHU :

- des Cliniques ; ces cliniques peuvent elles mêmes être décomposées si nécessaire en Unités.
- ou des Unités.

Sur proposition du conseil exécutif, les cliniques et unités sont définies par délibération du Conseil d'Administration, après avis des instances, qui pourra prévoir des appellations spécifiques pour certaines structures internes et certains pôles.

Le responsable de pôle nomme les praticiens responsables des structures internes du pôle qui ont pour mission :

- la prise en charge des patients,
- l'établissement des protocoles,
- l'évaluation des pratiques professionnelles,
- la formation et la recherche.

Dans chaque structure interne du pôle un cadre de santé assure la coordination, l'organisation et la mise en œuvre des soins ou des examens et/ou des explorations sous l'autorité du responsable de pôle.

Les praticiens et cadres responsables des cliniques, unités ou autres structures internes sont membres de droit des conseils de pôles et bénéficient de la part du responsable de pôle, d'une délégation de responsabilité pour l'exercice de leurs missions.

Le responsable de clinique propose le recrutement du personnel médical au moins temporaire, qu'il soit hospitalier pur ou hospitalo-universitaire, et en accord avec le Doyen, assure la mission d'animation de sa spécialité universitaire au niveau des soins, de l'enseignement et de la recherche et peut également demander, le cas échéant, l'agrément de sa structure pour qu'elle puisse s'intégrer à la maquette des spécialités ordinales. D'une façon générale, il reste habilité à gérer le personnel médical en formation affecté à sa structure.

A.1.5 : Les Conseils de Pôles

Dans chaque pôle d'activité clinique et médico-technique, le conseil de pôle est composé de :

a-membres de droit :

- Le responsable de pôle, président, le cadre supérieur de santé (ou le cadre supérieur sage-femme) et le cadre administratif qui l'assistent.
- Les praticiens responsables des structures internes du pôle et les cadres soignants qui encadrent les personnels de ces structures.

b-membres titulaires et suppléants :

Elus pour 4 ans au scrutin uninominal majoritaire à un tour, par et parmi les personnels relevant de chaque corps ou catégories représentées au sein d'un groupe de personnel médicaux et d'un groupe de personnels non médicaux, agents de la fonction publique hospitalière.

Le conseil de pôle clinique et médico-technique a notamment pour objet de :

- participer à l'élaboration du projet de contrat interne, du projet de pôle et du rapport d'activité du pôle, dans le respect de la déontologie médicale,
- permettre l'expression des personnels, de favoriser les échanges d'informations, notamment ceux ayant trait aux moyens afférents au pôle,
- faire toute proposition au bureau sur le fonctionnement du pôle, notamment quant à la permanence des soins et l'établissement des tableaux de service.

Les règles d'organisation et de fonctionnement des conseils de pôle d'activité, les modalités de fixation du nombre de siège attribués à chaque corps et catégories de chacun des deux groupes et les modalités du scrutin, sont définies par l'annexe n° 1 au présent règlement intérieur.

Les conseils de pôles administratifs techniques et logistiques sont composés :

a-de membres de droit : Responsable du pôle, président personnel de direction du pôle, le cadre qui assiste le responsable du pôle, et les cadres qui assurent l'encadrement des structures internes du pôle.

b-de membres titulaires et suppléants : élus au scrutin uninominal majoritaire à un tour par et parmi les personnels relevant de chaque corps ou catégorie représentés au sein du groupe des personnels non médicaux, agents de la fonction publique hospitalière.

Le conseil de pôle administratif, technique ou logistique a notamment pour objet de :

- participer à l'élaboration du projet de contrat interne, du projet de pôle et du rapport d'activité du pôle,
- permettre l'expression des personnels, de favoriser les échanges d'informations et de faire toutes propositions sur les conditions de fonctionnement du pôle.

Les règles d'organisation et de fonctionnement des conseils de pôle d'activité administratifs et logistiques, les modalités de fixation du nombre de siège attribués à chaque corps et catégories et les modalités du scrutin, sont définies en annexe n° 1 au présent règlement intérieur.

Pour l'ensemble des pôles, les règles de fonctionnement suivantes ont été établies :

Un procès-verbal de chaque réunion est transmis au directeur général et au président de la CME, au directeur de l'UFR et au secrétaire du CTE ainsi qu'aux membres du conseil de pôle.

Le conseil se réunit au moins une fois par semestre sur convocation du responsable du pôle, qui le préside. L'ordre du jour, la date et le lieu, de la réunion du conseil sont portés à la connaissance des personnels par voie d'affichage dans chaque unité au moins quinze jours avant la tenue de la réunion. Par ailleurs, une convocation est adressée à chaque membre par la voie électronique ou par courrier individuel lorsque les agents n'ont pas accès à la messagerie.

A.1.6 : Permanence de soins

L'organisation médicale mise en place a pour objet d'assurer en continu la permanence des soins excédant la compétence des personnels paramédicaux et la sécurité des malades hospitalisés ou admis en urgence.

Afin de garantir le fonctionnement continu du service hospitalier, les membres du personnel médical :

- assurent le service quotidien de jour, du matin et de l'après-midi, du lundi au samedi matin inclus (visite médicale quotidienne, examens et soins des malades hospitalisés, soins et consultations des malades externes, analyses de laboratoire et examens radiologiques, préparation et dispensation des médicaments et autres produits relevant des pharmaciens),
- participent au service des samedi après-midi, dimanche et jours fériés, au service de nuit, ainsi qu'aux remplacements imposés par les congés.

Ils sont tenus par ailleurs de répondre aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors des horaires du tableau de service, conformément au plan d'accueil des malades ou blessés en urgence.

Dans le cadre des dispositions sur l'organisation de la continuité des soins, la Direction des Affaires Médicales reçoit les tableaux de services prévus par la réglementation et élaborés à l'initiative des chefs des structures internes.

A.1.7 : Fonction des internes

Les internes en médecine et/ou en pharmacie sont des praticiens en formation générale ou spécialisée qui, à l'hôpital, consacrent la totalité de leur temps à leurs activités médicales et/ou pharmaceutiques et à leur formation. Ils remplissent leurs fonctions sous l'autorité du praticien responsable du pôle ou de son représentant mais aussi des responsables des structures internes et en particulier des cliniques.

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

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

Les internes en pharmacie (toutes filières confondues hors filière biologie) concourent à la préparation et à la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles, et participent à la garde pour l'exécution des analyses de substances médicamenteuses et toxiques.

Les internes participent au service de garde médicale ou pharmaceutique en dehors du service normal de jour.

A.1.8 : Fonction des étudiants hospitaliers

Les étudiants en médecine et en pharmacie participent à l'activité hospitalière sous la responsabilité de praticiens et sous la surveillance des internes. Ils sont soumis aux règles déontologiques et éthiques de la profession médicale et/ou pharmaceutique au cours des fonctions hospitalières qu'ils exercent, dans le cadre de leur formation.

Ils sont chargés de la tenue des observations et de certains actes médicaux de pratique courante.

Ils sont associés au service de garde.

Les étudiants en pharmacie contribuent dans les services cliniques, au bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles et participent aux activités dans les services pharmaceutiques et/ou biologiques.

Ils suivent les enseignements dispensés au sein de l'hôpital et doivent se conformer aux obligations de présence qui leur sont fixées.

A.1.9 : Présence du médecin traitant

Le médecin traitant peut, après accord du chef de la structure interne concernée, et du malade ou de ses représentants légaux, assister aux actes médicaux à caractère invasif que le malade subit éventuellement au cours de son hospitalisation.

A.2 : Sécurité et Hygiène

Les règles de sécurité (sécurité générale et sécurité du fonctionnement) ont pour but de limiter les risques, accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que l'hôpital assure à ses usagers. Elles visent aussi à assurer le calme et la tranquillité des usagers et la protection des personnes et des biens contre les risques d'origine intentionnelle. Elles doivent être en permanence proportionnées aux besoins de l'hôpital en fonction des circonstances. Elles visent également à protéger les personnels et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement.

En tant que responsable de la conduite générale de l'hôpital, le directeur général et ses adjoints par délégation édictent ces règles par voie de notes de service et recommandations générales ou consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service, dans le respect des lois, des règlements et des principes généraux du droit.

Par délégation du directeur général, les directeurs responsables ou référents de pôles veillent au respect de ces règles de bon fonctionnement et coordonnent leur mise en œuvre dans les pôles et sites dont ils ont la responsabilité.

Quelle que soit la raison de sa présence au sein de l'établissement hospitalier, toute personne y ayant pénétré doit se conformer aux règles de sécurité, dans l'intérêt général. Elle doit respecter les indications qui lui sont données et, le cas échéant, obéir aux injonctions des personnels habilités.

Les règles de sécurité en vigueur au sein de l'établissement sont opposables aux organismes logés sur son établissement.

A.2.1 LA SECURITE GENERALE

A.2.1.1 : Accès à l'hôpital

L'accès dans l'enceinte du CHU de Grenoble est réservé à ses usagers (patients, accompagnants, bénévoles des associations reconnues dans l'établissement, visiteurs) et à ceux qui y sont appelés en raison de leur travail.

Les conditions matérielles de l'accès de ces diverses catégories de personnes sont organisées par le directeur général ou par délégation le directeur responsable. Il peut prendre dans l'intérêt général les mesures restrictives qui lui paraissent nécessaires. L'accès de toute personne n'appartenant pas à une de ces catégories est subordonné à l'autorisation du Directeur.

De même, pour des raisons de sécurité, il peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux. Lorsqu'elles concernent les tiers, les limitations ou interdictions d'accès doivent être clairement affichés, avec mention explicite des risques courus et des responsabilités éventuelles.

Sauf besoins ou autorisations spéciales, il est interdit d'introduire à l'hôpital animaux (sous réserve de dérogation particulière), alcool, armes, explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi. Les objets et produits dangereux ou prohibés par la loi doivent être déposés auprès de l'administration hospitalière et sont remis aux autorités de police, contre récépissé.

A.2.1.2 : Calme au sein de l'hôpital

Tout accompagnant ou visiteur qui crée un trouble au sein du CHU de Grenoble est invité à mettre un terme à ce trouble. S'il persiste, il lui est enjoint de quitter l'hôpital. Si nécessaire, il peut être accompagné à la sortie du site avec, en cas de besoin, appel aux autorités de police.

A.2.1.3 : Personnels de sécurité générale

Tous les personnels assurant la sécurité générale exercent leurs fonctions sous l'autorité du directeur, dans le strict respect de la loi et des textes pris pour son application.

Leurs possibilités d'intervention sur les personnes sont limitées aux cas prévus par le code pénal (obligation d'assistance aux personnes en péril ; légitime défense ou état de nécessité) et par le code de procédure pénale (flagrant délit ou crime).

Ils ne peuvent intervenir dans les services de soins qu'à la demande du directeur de l'établissement, du directeur de garde ou des personnes responsables de ces services, et dans le cadre de procédures validées par la Direction.

Ils peuvent retenir aux sorties du site hospitalier, durant le temps nécessaire, toute personne en situation de flagrant délit (pour remise aux autorités de police) et tout patient désorienté ou visiblement susceptible de courir un danger à l'extérieur de l'établissement (en attendant sa prise en charge par un service de soins).

En dehors du cas de péril grave et imminent évoqué à la rubrique « circonstances exceptionnelles », ils ne peuvent, sans l'accord de l'intéressé, procéder ni à l'ouverture d'une armoire ou d'un vestiaire, ni à des investigations, ni à l'inspection du contenu d'un véhicule personnel.

A.2.1.4 : Matériels de sécurité générale

L'installation de matériels de télésurveillance, de vidéo surveillance, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique doit avoir lieu dans le cadre d'un plan préalablement soumis par le directeur aux instances consultatives.

Le fonctionnement de ces installations doit permettre de respecter le secret médical, la dignité des malades et le droit à la vie privée des usagers et du personnel ; il doit rester conforme aux règles énoncées par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. L'installation, le fonctionnement et l'exploitation des matériels de vidéo surveillance doivent observer les dispositions législatives prises pour son application.

A.2.1.5 : Sécurité générale : règles de responsabilité

La mise en œuvre par l'hôpital de mesures de protection et de surveillance pour éviter que n'y surviennent des événements préjudiciables à son bon fonctionnement ne modifie pas les règles normales de la responsabilité hospitalière.

Les faits de délinquance et de violence perpétrés dans l'enceinte de l'hôpital engagent totalement la responsabilité de leurs auteurs.

Le CHU de Grenoble assure en cas de menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages, la protection des agents qui en sont victimes à l'occasion de leurs fonctions et, le cas échéant, la réparation du préjudice qui en résulte.

Les victimes des dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel ; le directeur porte plainte pour les dommages subis par l'hôpital.

Dans l'hypothèse où un agent agressé ne souhaite pas porter plainte, le directeur en application du code de procédure pénale, porte à la connaissance du procureur de la République les faits délictueux ou criminels et peut porter plainte au titre de la protection des agents.

A.2.1.6 : Rapports avec l'autorité judiciaire

Le directeur informe sans délai le procureur de la République des crimes et délits qui sont portés à sa connaissance. Il avise l'officier de police judiciaire territorialement compétent en cas de mort violente ou suspecte.

A.2.1.7 : Rapports avec les autorités de police

Seul le directeur général ou les personnes habilitées par lui, ont la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de police.

Il lui revient de décider s'il y a lieu de demander au sein du site une intervention de police, l'autorité de police appréciant si cette intervention est possible ou nécessaire.

En cas d'enquête de police judiciaire, le directeur général est systématiquement informé des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient. Il veille à ce que soient pris en considération, dans les meilleures conditions possibles, les impératifs et les garanties tirées de l'application de la loi pénale, du secret professionnel, des dispositions relatives aux droits des malades et d'une manière générale des droits du citoyen.

A.2.1.8 : Circonstances exceptionnelles

En cas de circonstances exceptionnelles, le directeur prend toutes les mesures justifiées par la nature des événements et proportionnées à la gravité de la situation.

Le Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail en est informé pour les matières relevant de sa compétence.

Le directeur peut ainsi faire procéder, avec l'accord et en présence des intéressés, à l'ouverture des vestiaires, armoires individuelles, véhicules, ou à des investigations dans les chambres d'hospitalisation.

Il peut ainsi faire interdire l'accès du site hospitalier à toute personne qui se refuserait à se prêter aux mesures générales éventuellement décidées (ouverture des sacs, bagages ou paquets, véhicules ...) ou à justifier le motif de son accès sur le site.

En cas de péril grave et imminent pour l'établissement, pour son personnel ou pour un ou plusieurs de ses usagers, le directeur peut, sans consentement des intéressés, faire procéder en urgence à l'inspection de certains locaux et à l'examen de certains mobiliers ou véhicules. Il peut aussi décider d'un périmètre de sécurité ou d'une évacuation.

En situation de catastrophe ou lors du déclenchement de plans d'urgence ou de sécurité générale (tel que Vigipirate), le directeur prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission du service public hospitalier, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

A.2.2 L'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DE FONCTIONNEMENT

A.2.2.1 : Gestion des risques

Le directeur général et ses adjoints prennent les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des malades et des autres personnes fréquentant chaque site.

A cet effet, sur la base d'une évaluation des risques, ils définissent et mettent en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des instances concernées.

Ils informent régulièrement ces instances de l'application des plans d'action et de prévention.

Ils organisent la mise en œuvre de cette politique de façon à ce qu'elle soit accompagnée des autorisations nécessaires et qu'elle soit régulièrement soumise aux vérifications et contrôles obligatoires.

Ils prévoient un programme visant à former les personnels aux mesures de prévention qui nécessitent leur participation et à informer les usagers ou les tiers des mesures qu'ils ont à connaître, dans leur intérêt.

A.2.2.2 : la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQ)

Cette commission instituée au sein de l'établissement a pour mission de veiller au respect des droits des usagers, de contribuer à l'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des personnes malades et de faciliter leurs démarches, notamment en cas de réclamations sur le séjour.

Prévue par la loi du 4 mars 2002 et le décret du 2 mars 2005, cette commission est présidée par le directeur général ou son représentant.

Sa composition est la suivante :

2 représentants des usagers, 2 médiateurs (médecin et non-médecin), un représentant du président de la CME, un représentant du CTE, un représentant du Conseil d'administration, un représentant de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et le Directeur de la Qualité et des Usagers à titre consultatif.

A.2.2.3 : Réparation des dommages sanitaires

Toute personne ou le cas échéant son représentant légal, le ou les ayants-droit de la victime décédée, s'estimant victime d'un dommage résultant d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale, peut saisir le Tribunal Administratif d'une demande d'indemnisation pour faute de l'établissement de santé ; cette démarche peut intervenir après rejet d'une demande d'indemnisation auprès de la Direction du CHU de Grenoble ou échec d'une tentative de transaction à ce sujet.

Directement ou parallèlement, qu'il y ait faute ou non, les victimes d'un accident médical grave, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale ayant pour origine un acte de prévention, de diagnostic ou thérapeutique peuvent saisir la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI).

Au titre de sa mission de conciliation, la CRCI est également chargée de faciliter le règlement amiable de tout autre litige entre usagers et professionnels ou établissements de santé. Dans ce cadre elle peut être saisie par toute personne des contestations relatives au respect des droits des malades et des usagers du système de santé. Dès lors, la personne doit remplir un formulaire type et fournir un certificat médical décrivant le dommage subi ainsi que certaines pièces complémentaires.

Cette procédure peut aboutir, après expertise médicale et avis de la CRCI, à une indemnisation accélérée par l'assureur ou à une indemnisation par l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des Affections Iatrogènes et des Infections Nosocomiales (ONIAM). L'indemnisation par l'ONIAM est subordonnée à 2 conditions : d'une part, le dommage doit être directement imputable à une activité soignante ayant eu des conséquences anormales et, d'autre part, le dommage doit présenter un degré minimum de gravité défini réglementairement.

L'objectif de cette procédure, gratuite et sans obligation de recours à un avocat, est de permettre un versement accéléré des indemnités dues aux victimes.

A défaut de transaction avec l'assureur ou d'échec de la procédure devant la CRCI, il est possible de saisir le Tribunal Administratif.

A.2.2.4 : Sécurité Incendie

Le CHU de Grenoble est assujéti aux règles de sécurité contre les risques d'incendie et de panique applicables à tous les établissements recevant du public. Les dispositions législatives relatives aux installations classées pour la protection de l'environnement sont appliquées à certaines de ses installations (dépôt de liquides inflammables, de produits radioactifs, etc....).

Le site tient un registre de sécurité sur lequel sont reportés les renseignements indispensables à la bonne marche du service de sécurité incendie.

Ce registre de sécurité est présenté à la Commission de Sécurité lors de ses passages au sein du site.

A.2.2.5 : La circulation et le stationnement automobile

Les voies de desserte et les parcs de stationnement automobile situés dans l'enceinte hospitalière constituent des dépendances du domaine privé du CHU de Grenoble. Ils sont réservés aux usagers et au personnel de l'établissement.

La responsabilité de l'établissement ne peut être recherchée en cas de vol, de dommage ou d'accident dans ces espaces.

Le directeur régleme la circulation, l'arrêt et le stationnement des diverses catégories de véhicules, afin d'assurer le bon fonctionnement du service public, sa maintenance et sa protection. Il s'appuie notamment sur le plan de déplacement d'entreprise adopté en interne.

En matière de circulation, le directeur peut délivrer des autorisations d'accès, limiter les vitesses, préciser les priorités, interdire, réduire ou réserver l'usage de certaines voies, interdire ou régleme l'entrée de certains véhicules.

En matière de stationnement, il peut définir les conditions de dépôt ou d'arrêt, délivrer des autorisations de stationnement, interdire ou réserver des lieux de stationnement.

- les facilités de circulation et de stationnement qui sont consenties ne constituent pas un droit et, sauf dans l'hypothèse d'une faute de l'hôpital, elles ne sauraient donc engager sa responsabilité, notamment en cas de vols ou dommages,
- une conduite dangereuse ou un stationnement interdit peut entraîner un retrait d'office des autorisations accordées,
- un stationnement gênant peut – s'il compromet le fonctionnement du service public hospitalier – entraîner un déplacement d'office du véhicule,
- un stationnement dangereux (par exemple sur une voie réservée aux véhicules de secours) peut conduire à des actions judiciaires à l'encontre du contrevenant,
- un stationnement abusif peut entraîner une mise en fourrière dans les conditions prévues par la réglementation.

A.2.2.6 : Utilisation des téléphones cellulaires

Les téléphones mobiles cellulaires présents dans l'enceinte de l'établissement doivent être maintenus en position arrêt en raison des risques de perturbation des dispositifs médicaux fonctionnant avec des systèmes électroniques.

B

**CONSULTATION
ET HOSPITALISATION**

B.1 : Principes régissant l'accès aux soins

B.1.1 : Droit à la prévention et aux soins

Toute personne dispose d'un droit fondamental à la protection de sa santé, au traitement de ses maladies et de la douleur sans aucune discrimination.

Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions requises, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

B.1.2 : Libre choix du malade

Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire.

Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont il relève, sous réserve de l'existence de plusieurs services et dans les limites imposées par les situations d'urgence et par les disponibilités en lits de l'hôpital.

L'exercice de ce droit peut avoir des conséquences sur les conditions de la prise en charge financière par l'Assurance Maladie.

Pour les patients hospitalisés en psychiatrie, ce droit s'exerce également dans le respect du principe de sectorisation.

B.1.3 : Accueil des malades – accès aux soins des personnes démunies

Le CHU de Grenoble a pour mission et devoir d'accueillir en permanence et sans discrimination, en consultation comme en hospitalisation, tous les malades dont l'état exige des soins hospitaliers préventifs, curatifs ou palliatifs. Son accès est adapté aux personnes qui souffrent d'un handicap, que celui-ci soit physique, mental ou sensoriel.

Le personnel de l'établissement est formé à l'accueil des malades et de leurs accompagnants. Il donne aux malades et à leurs accompagnants, si nécessaire avec l'aide du service social et d'interprètes, tous les renseignements utiles leur permettant de faire valoir leurs droits.

Le CHU de Grenoble a, par ailleurs, mis en place une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) adaptée aux personnes en situation de précarité.

B.2 : Consultations et soins externes

Le CHU de Grenoble dispose de services de consultations et de soins pour les malades dont l'état ne justifie pas une hospitalisation.

L'Administration établit et tient à jour un tableau qui précise le fonctionnement de toutes les consultations externes, en public ou en privé, lorsque cette dernière possibilité existe dans la structure et que le consultant en fait expressément la demande.

Des mesures d'organisation sont mises en œuvre pour un fonctionnement satisfaisant de ces consultations, en s'assurant de l'attention apportée au respect du tableau et à l'accueil des consultants, tout particulièrement sur le plan des rendez-vous et des délais d'attente.

B.3 : Admission en hospitalisation

B.3.1 : Décision d'admission

Quel que soit le mode d'admission du malade, celle-ci est prononcée par le directeur, sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'hôpital.

L'admission peut être aussi prononcée par le Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation en cas de refus de l'établissement de recevoir un malade remplissant les conditions alors qu'un lit est disponible à cet effet.

B.3.2 : Formalités d'admission

L'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif. Ce dossier comporte des informations relatives à l'identité du malade et aux conditions de prise en charge de son hospitalisation, sous réserve des dispositions prévues à B.7.2.

A cet effet, le malade ou son représentant doit présenter au bureau des admissions sa carte d'assuré social, une pièce d'identité (comportant une photographie) et le cas échéant un document attestant la prise en charge du ticket modérateur par un organisme tiers payant.

S'il y a lieu, une demande de prise en charge est adressée à l'organisme d'assurance maladie dont relève le malade.

Si le malade n'est pas assuré social, et sous réserve de l'intervention de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé, il est tenu de verser une provision d'un montant correspondant à la durée moyenne de séjour déterminée par le médecin prescripteur de l'hospitalisation.

B.3.3 : Secret de l'admission

Le malade, y compris le mineur, peut demander le bénéfice du secret de l'hospitalisation. Les toxicomanes, dans le cadre de leur prise en charge spécifique, peuvent demander à bénéficier de l'anonymat.

Dans ce cas, le dossier d'admission est constitué normalement, avec une mention relative à l'admission sous secret qui doit être signalée aux services concernés (service d'hospitalisation, accueil, standard...) de façon à ce qu'aucune indication ne soit donnée sur la présence de l'intéressé au sein du site.

Cette disposition ne fait toutefois pas obstacle à l'obligation de signalement dans les cas prévus par la réglementation. (voir B.7.2 pour exemple).

B.3.4 : Personne de confiance

Lors de l'admission, il est proposé à chaque patient majeur de désigner par écrit une « personne de confiance ». Cette personne – qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant – a vocation à être consultée si le patient devenait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cet effet. Si ce dernier le souhaite, elle peut aussi l'accompagner dans ses démarches, assister aux entretiens médicaux et l'aider dans ses décisions.

Cette désignation est valable pour la durée du séjour hospitalier, mais elle est révocable à tout moment par le patient (ou par le Juge des Tutelles pour les majeurs placés sous protection).

La personne de confiance ne se confond pas nécessairement avec la « personne à prévenir » en cas d'aggravation de l'état de santé (ou décès), sauf désignation de cette personne par le patient.

B.3.5 : Livret d'accueil

Un livret d'accueil est remis à tout malade admis en hospitalisation au sein du CHU de Grenoble. Ce livret contient tous les renseignements utiles sur les conditions de séjour et l'organisation de l'hôpital.

Les dispositions de la Charte du patient hospitalisé sont insérées dans le livret d'accueil ainsi qu'un questionnaire de sortie, qui permet au malade de consigner librement ses observations, critiques et suggestions, et qui peut être déposé à la sortie.

B.3.6 : Modes d'admission

B.3.6.1 : Admission à la demande d'un médecin traitant ou suite à une consultation

Dans le cadre du parcours de soins, l'admission est normalement décidée sur présentation d'un certificat médical attestant la nécessité de l'hospitalisation accompagné d'une lettre cachetée du médecin à l'adresse du médecin du service hospitalier donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles pour le diagnostic et le traitement.

B.3.6.2 : Admission urgente directe dans un service

Lorsque son état clinique le justifie, le malade est dirigé sans délai vers une structure interne en mesure de le prendre en charge. Dans ce cas, les renseignements non fournis par un accompagnant sont recueillis ultérieurement.

B.3.6.3 : Admission à la suite d'un transfert

Lorsqu'un médecin du CHU de Grenoble constate que l'état d'un malade requiert des soins relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée au sein du site ou nécessitant des moyens dont le site ne dispose pas, le directeur doit prendre toutes les mesures nécessaires pour que le malade soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis, en assurant l'information de sa famille.

Sauf cas d'urgence, le malade doit être préalablement informé de son transfert, provisoire ou définitif. Le transfert ne peut être effectué sans son consentement.

L'admission dans ce nouvel établissement est décidée, sauf cas d'urgence, par son directeur après entente entre les médecins concernés et au vu d'un certificat médical adéquat.

B.3.7 : Hospitalisation sans consentement en raison de troubles mentaux (Art. L3211 à L3223 du CSP)

L'hospitalisation sans consentement est une exception à la règle de l'hospitalisation libre. Deux modalités d'hospitalisation sous contrainte sont prévues.

1) Hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT) :

Une personne ne peut être hospitalisée à la demande d'un tiers qu'à une double condition : ses troubles rendent son consentement impossible et son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

- Le tiers peut être un membre de la famille du malade, à défaut une personne susceptible d'agir dans son intérêt. Le tiers ne peut être un membre du personnel soignant du CHU, ni bien sûr le directeur (il est déjà celui qui prononce l'admission).
- Deux certificats médicaux conformes sont nécessaires, dont l'un au moins (le premier) émane d'un médecin qui n'exerce pas dans l'établissement.
- A titre exceptionnel et en cas de péril imminent, le directeur peut prononcer l'admission au vu d'un seul certificat émanant éventuellement d'un médecin exerçant au CHU.
- Dans les 24h suivant l'admission, un psychiatre du CHU établit un certificat confirmant ou infirmant la nécessité de maintenir l'HDT.

2) Hospitalisation d'office (HO) :

L'HO est prononcée par arrêté préfectoral. Cet arrêté est pris au vu d'un certificat médical qui ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement.

En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes attesté par un avis médical ou, à défaut, la notoriété publique, le maire peut prendre un arrêté municipal d'hospitalisation d'office provisoire, à charge d'en référer dans les 24h au Préfet qui statue sans délai.

Dans les 24h suivant l'admission, un certificat médical est établi par le psychiatre du CHU et il est transmis par le directeur au Préfet et à la CDHP.

B.3.8 : Structures alternatives à l'hospitalisation à temps complet

L'admission peut avoir lieu dans une structure de soins alternative à l'hospitalisation à temps complet.

Ces structures alternatives comprennent notamment les structures d'hospitalisation à temps partiel (de jour ou de nuit), les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire ainsi que les structures permettant l'hospitalisation à domicile.

Elles ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée.

Y sont dispensées les prestations qui ne peuvent être délivrées lors de consultations ou de visites médicales à domicile.

Le service d'hospitalisation à domicile du CHU de Grenoble intervient dans une aire géographique et pour des pathologies déterminées justifiant des soins continus et coordonnés. Des structures spécifiques extrahospitalières sont organisées au sein des secteurs de psychiatrie.

B.4 : Activité libérale des médecins hospitaliers

B.4.1 : Organisation de l'activité libérale

S'ils en font la demande, les médecins hospitaliers exerçant à temps plein peuvent être autorisés, sous certaines conditions, à exercer au sein de l'hôpital une activité libérale sous forme de consultations, de soins en hospitalisation ou d'actes médico-techniques.

Cette activité s'effectue dans le cadre d'un contrat soumis à un réexamen périodique.

Une commission de l'activité libérale (cf. A.1.3) est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires ainsi que des stipulations des contrats des médecins.

B.4.2 : Exercice de l'activité libérale

La prise en charge médicale peut s'effectuer au titre de cette activité dans les structures internes dans lesquels elle s'exerce, sous réserve du libre choix exprès du patient et de l'accord du médecin concerné.

Préalablement, le malade doit recevoir toutes indications utiles sur les règles qui lui seront applicables du fait de ce choix, notamment sur la tarification et les conditions de participation financière des organismes d'Assurance Maladie.

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

Lorsque le malade opte pour cette prise en charge en hospitalisation, une demande d'admission à ce titre est signée, dès son entrée, par lui-même, un membre de sa famille ou son accompagnant. En principe, lorsqu'il a été initialement pris en charge dans le cadre de l'activité libérale, le patient ne peut être réadmis au cours du même séjour dans le secteur public (et inversement). Toutefois, le directeur peut autoriser un tel transfert à titre exceptionnel sur demande motivée du malade ou de ses ayants droit.

Les tarifs des prestations non liées à l'activité libérale sont ceux du secteur public, mais le malade doit verser en sus des honoraires dont le montant est fixé par entente directe avec le médecin.

Suivant son choix, le praticien perçoit ces honoraires directement ou bien par l'intermédiaire de l'administration hospitalière.

Aucun lit, ni aucune installation médico-technique ne peut être réservé à l'exercice de l'activité libérale ; aucun acte médical concernant directement ou indirectement un prélèvement ou une greffe d'organes ou de tissus humains ne peut être accompli à ce titre.

B.5 : Accueil en urgence

B.5.1 : Organisation de la prise en charge en urgence

Le directeur prend toutes mesures, sans préjudice des dispositions relatives au transfert, pour que les soins urgents soient assurés, sous la responsabilité directe d'un médecin.

Le directeur doit prononcer l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'état-civil et de tout renseignement sur les conditions de remboursement des frais de séjour en la réalisant provisoirement sous X si les circonstances l'imposent.

En cas d'afflux de patients aux urgences hospitalières, et pour tenir compte des nécessités de placement, un malade peut être admis temporairement dans une unité médicale dont la spécialité ne correspond pas à la pathologie dont il relève. Dans ce cas, l'établissement doit veiller à ce que la prise en charge médicale soit adaptée à ses besoins.

Lorsqu'un malade refuse de quitter l'hôpital après avoir reçu des soins sans que son état justifie une admission en service d'hospitalisation, il peut être, sur certificat médical, amené à quitter l'établissement ou adressé à un organisme à caractère social.

Si l'admission est décidée et que le malade refuse de rester, il s'agit d'un refus de soins qui sera constaté suivant les modalités définies au paragraphe C.2.2.

B.5.2 : Plan d'accueil des malades ou blessés en urgence

Il existe un PLAN BLANC, en cas d'afflux massif de victimes, soit à la suite d'accidents, soit à la suite de catastrophes. Il est déclenché par le directeur général du CHU de Grenoble.

Pour son application, il peut être nécessaire de rappeler en renfort tout type de personnel de l'établissement. Ce rappel pourra se faire par tous moyens : appels téléphoniques à domicile (tous les personnels doivent donc transmettre leurs coordonnées personnelles au cadre dont ils dépendent, ce dernier garantissant la confidentialité de cette information), messages radiophoniques et télévisés, communiqués de presse.

B.5.3 : Information sur les malades hospitalisés en urgence

Quel que soit le mode d'arrivée du malade, les agents du service des urgences engagent immédiatement, sous la responsabilité du directeur, toutes les démarches utiles à l'identification et à l'information des familles ou proches du patient, en tenant compte de sa liberté de demander le secret de l'hospitalisation.

En cas de transfert dans un autre établissement ou d'aggravation de l'état de santé du patient, comme en cas de décès, la personne désignée par le patient, la famille ou, à défaut, un proche, doit en être informée.

B.6 : Malades mineurs (dispositions particulières)

B.6.1 : Garde et protection des mineurs

Lorsqu'un mineur lui a été confié pour des examens médicaux ou des soins, le CHU de Grenoble est tenu de surveiller l'enfant ; il lui incombe de prendre en charge l'ensemble de ses besoins et de provoquer les mesures appropriées qui s'imposeraient pour sa protection.

B.6.2 : Consultations sur mineurs

Lorsqu'un mineur non accompagné se présente aux consultations, il est accepté s'il s'agit d'une urgence médicalement constatée, s'il est déjà suivi ou si le rendez-vous a été pris par ses représentants légaux ou par son tuteur.

B.6.3 : Admission des malades mineurs

Lorsque l'hôpital est spécialisé en pédiatrie, il est habilité à recevoir uniquement des enfants d'un âge n'excédant pas 15 ans et 3 mois.

En dehors du cas d'urgence, l'admission ne peut être prononcée en principe sans l'autorisation des père et mère, du tuteur ou de l'autorité judiciaire exerçant l'autorité légale. Le dossier d'admission doit comporter l'indication précise de la personne investie de l'autorité parentale et exerçant ce droit.

Toutefois, ces règles ne s'appliquent pas dans deux hypothèses :

- quand le mineur, apte à exprimer sa volonté, s'oppose expressément à la consultation des personnes exerçant l'autorité parentale pour conserver le secret sur son état de santé et qu'il confirme cette opposition après les efforts du médecin pour obtenir son consentement à cette consultation. Le mineur est alors accompagné d'une personne majeure de son choix.
- quand une mineure adopte la même démarche dans le cadre d'une demande d'IVG.

Lorsque le mineur a été placé dans un établissement d'éducation ou confié à un particulier par l'autorité judiciaire au titre de l'assistance éducative ou des textes sur l'enfance délinquante, son admission à l'hôpital est prononcée à la demande du directeur de cet établissement ou du gardien.

Lorsqu'un mineur relève du Service de l'Aide Sociale à l'Enfance, son admission est prononcée à la demande de ce service (sauf si le mineur lui a été confié par ses père, mère ou tuteur, joignables en temps utiles).

B.6.4 : Mineurs reçus en urgence

En dehors des deux hypothèses évoquées dans la rubrique précédente, toutes mesures utiles sont prises par le CHU de Grenoble pour qu'un membre de la famille ou la personne exerçant l'autorité parentale soit informé dans les meilleurs délais de l'hospitalisation d'un mineur reçu en urgence. Si l'hospitalisation d'un mineur reçu en urgence n'est pas nécessaire, le départ du mineur s'effectue suivant les dispositions définies par le présent Règlement Intérieur.

B.6.5 : Accompagnement des enfants en hospitalisation

Lorsqu'une hospitalisation est décidée, l'Administration organise, avec les médecins chefs des structures internes concernées, les modalités d'accompagnement des enfants par leurs parents au cours de leur séjour.

Les parents, ou toute autre personne qui s'occupe de l'enfant, peuvent demeurer auprès de lui aussi longtemps qu'ils le souhaitent, y compris la nuit, à condition de ne pas contrarier la dispensation des soins, de ne pas exposer l'enfant à une maladie contagieuse et de ne pas troubler le repos des autres malades. Ils peuvent assister aux soins médicaux et infirmiers, si leur présence ou leur comportement ne s'avère pas incompatible avec une bonne exécution de ces soins. S'ils ne peuvent demeurer auprès de leur enfant pendant son hospitalisation, les parents ont la possibilité de s'informer régulièrement de son état de santé auprès du personnel qualifié ; à cet effet et lorsque son état le permet, ils peuvent communiquer avec lui par téléphone.

B.7 : Femmes enceintes (dispositions particulières)

B.7.1 : Admission en maternité

Si des lits sont disponibles dans le service de maternité et dans le cadre de la protection de la femme et de l'enfant, le directeur du site ne peut refuser la demande d'admission :

- d'une femme enceinte, dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement ;
- d'une femme accouchée et de son enfant, dans le mois qui suit l'accouchement, s'il existe une pathologie maternelle.

En l'absence de lit disponible au sein du site, le directeur organise cette admission dans un autre établissement assurant le service public hospitalier et pourvu des services médicalement adaptés au cas de l'intéressée.

B.7.2 : Secret de la grossesse ou de la naissance – accès aux origines

Si, pour ne pas dévoiler sa grossesse ou la naissance, l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission, aucune pièce d'identité n'est exigée et il n'est procédé à aucune enquête. Le Conseil Général est informé.

Toutefois, la femme concernée, informée de la possibilité de lever le secret à tout moment, est invitée à laisser - si elle l'accepte – dès la naissance, ou plus tard, des renseignements d'ordre général ainsi que son identité, sous pli fermé, dans la perspective d'une communication ultérieure qui serait soumise à son consentement. Ces formalités sont accomplies par les services du Conseil Général avisés sous la responsabilité du directeur de l'hôpital

Lorsque la demande d'anonymat émane d'une femme mineure, le directeur, en liaison avec le service social du CHU de Grenoble, signale la situation au procureur de la République qui apprécie la nécessité ou non de saisir le juge des enfants en vue d'une mesure d'assistance éducative pouvant concerner la femme et/ou l'enfant.

C

INFORMATION ET SOINS

C.1 : Information des malades

Sauf urgence, impossibilité d'y procéder ou volonté expresse de la personne d'être tenue dans l'ignorance (sans risque de contamination pour les tiers), une information appropriée, compréhensible et loyale doit être fournie à tout patient sur tous les éléments concernant son état de santé, y compris les risques fréquents ou graves normalement prévisibles que comportent les actes proposés.

Le patient victime ou s'estimant victime d'un accident médical, ou son représentant légal, doit être informé sur les circonstances et les causes de cet accident.

Par ailleurs toute personne dispose d'un droit d'accès aux informations médicales le concernant. Dans tous les cas, l'hôpital est tenu d'assurer la garde et la confidentialité des informations et dossiers conservés conformément notamment aux dispositions sur les traitements informatiques et aux obligations de secret et de discrétion sur le plan professionnel.

Les médecins conseils du service du contrôle médical de la sécurité sociale, les médecins experts de la Haute Autorité de Santé (H.A.S). et les médecins Inspecteurs Généraux des Affaires Sociales ont accès à ces informations, dans le respect du secret médical, seulement si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leurs missions.

En dehors des informations de nature médicale, les personnes hospitalisées (ou consultantes) doivent être informées par tous moyens adéquats du nom des médecins et autres professionnels appelés à leur donner des soins.

Toute personne a droit également à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion des activités de soins et sur les conditions de leur prise en charge.

Lorsque des actes de chirurgie esthétique sont envisagés, un devis détaillé doit lui être remis.

MODALITES D'EXERCICE DU DROIT A L'INFORMATION

C.1.1 : Entretien individuel

L'information sur l'état de santé du patient doit lui être délivrée au cours d'un entretien individuel par le médecin concerné dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.

Un nouvel entretien doit être organisé, éventuellement après la sortie du malade, lorsque des risques jusqu'alors inconnus sont identifiés postérieurement aux actes réalisés.

Le malade peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix.

C.1.2 : Communication du dossier médical

S'agissant des informations concernant sa santé et détenues par l'hôpital dans son dossier médical, le patient peut y accéder soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin de son choix, et en obtenir communication dans les conditions fixées réglementairement.

Un délai de réflexion de 48 h étant laissé au patient, il doit accéder aux informations au plus tard dans les 8 jours suivant la réception de sa demande (délai porté à deux mois à compter de leur constitution pour les informations médicales de plus de cinq ans). L'identité du demandeur doit être contrôlée.

La consultation peut s'effectuer sur place gratuitement. Le médecin concerné peut recommander la présence d'une tierce personne, mais le patient peut refuser cet accompagnement.

En cas de demande de remise ou d'envoi de copies, les frais à la charge du demandeur correspondent au coût de reproduction, et d'expédition s'il y a lieu, fixé par délibération du Conseil d'Administration.

En cas de refus de communication ou d'absence de réponse, le demandeur peut saisir la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (C.A.D.A.).

Dans le cadre des hospitalisations sans consentement en psychiatrie, le médecin concerné peut considérer que l'intermédiaire d'un médecin est nécessaire ; en cas de désaccord, la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques doit être saisie et son avis s'impose.

En cas de transfert du malade vers un autre site hospitalier, une copie du dossier médical est transmise sur demande à l'établissement concerné pour assurer la continuité de la prise en charge.

Le dossier médical peut être communiqué, sous certaines conditions, à un médecin-expert dans le cadre d'une procédure judiciaire et peut être saisi par les autorités judiciaires en cas de procédure pénale.

C.1.3 : Clichés d'imagerie médicale

Ces clichés font partie des éléments constitutifs du dossier médical.

Dans le respect des dispositions précédentes il est délivré au malade qui en fait la demande, des reproductions des clichés essentiels figurant dans son dossier médical. En cas de nécessité, les clichés originaux peuvent être transmis en communication au médecin traitant, sur demande adressée directement par celui-ci à son confrère hospitalier. Les clichés d'imagerie médicale effectués en consultation externe sont remis au médecin traitant ou directement au malade.

C.1.4 : Informatisation du Dossier Patient

Le Dossier du Patient est constitué de l'ensemble des informations médicales, paramédicales, sociales et administratives nécessaires à la prise en charge du parcours coordonné du Patient. Il est un outil de réflexion et de synthèse, de planification, d'organisation et de traçabilité des soins.

Au CHUG, le Dossier Patient est largement informatisé. Il permet à la fois d'assurer la confidentialité des informations recueillies ainsi que la rapidité et la sécurité d'accès aux données qui le constituent. Un plan d'habilitation a été adopté par la CME, qui définit les règles et les modalités (niveaux) d'accès aux données pour chaque catégorie de professionnels. Une charte des Systèmes d'Information a enfin été adoptée pour définir les droits et les obligations des utilisateurs à des dossiers informatisés.

Dans le cadre de la continuité des soins et pour répondre au besoin de partage d'informations médicales, le dossier patient peut être accessible, après l'autorisation du patient, à d'autres médecins qui assureront la prise en charge post-hospitalière. Cet accès s'effectuera selon les mêmes modalités et avec des niveaux de sécurité identiques.

Le Patient est informé de l'informatisation de son dossier et peut à tout moment exercer son droit de rectification des données inexactes le concernant. Il peut également, conformément aux dispositions législatives, bénéficier de l'anonymisation des informations qui le concernent.

C.2 : Consentement aux soins

C.2.1 : Accord sur les soins

Sauf disposition légale spécifique, aucun acte ou traitement médical ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du malade qui peut le retirer à tout moment.

Il en va ainsi même pour le dépistage des maladies contagieuses. Les prélèvements d'éléments du corps humain doivent être effectués dans le respect des démarches prévues légalement.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut avoir lieu avant consultation de l'éventuelle « personne de confiance » ou de la famille, ou à défaut d'un autre proche.

En cas d'urgence mettant en jeu la vie du malade et en cas d'impossibilité de recueillir son consentement éclairé ou de consulter l'un des proches précités, le médecin dispense les soins qu'il estime nécessaires dans le respect de la vie et de la personne humaine ; dès que possible, il en tient ensuite informé les accompagnants et l'un des proches du patient.

C.2.2 : Refus sur les soins

Le médecin doit respecter la volonté du patient après l'avoir informé des conséquences de ses choix, au besoin de manière répétitive.

Lorsqu'un malade n'accepte pas les soins proposés, sa sortie, sauf urgence médicalement constatée, peut-être prononcée par le directeur. Une proposition alternative de soins est au préalable faite au malade si possible.

La sortie est prononcée après signature par le malade d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés. Si le malade refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé. Il est contresigné par l'accompagnant ou, à défaut par des témoins (qui peuvent être des agents hospitaliers).

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 en informant s'il y a lieu la « personne de confiance » désignée, la famille ou un autre proche.

Le refus d'hospitalisation correspond à un refus de soins, avec application de la même démarche.

C.2.3 : Patients en fin de vie

Quand un patient, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, décide de limiter ou d'arrêter son traitement, le médecin doit respecter sa volonté après l'avoir informé des conséquences de son choix, au besoin de manière répétitive.

Quand un patient ne peut plus exprimer sa volonté et si le traitement apparaît inutile, disproportionné ou qu'il ne fait que prolonger artificiellement la vie du patient, le médecin peut décider de limiter ou arrêter le traitement. Il doit cependant préalablement respecter une procédure collégiale et consulter la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un proche ainsi que les éventuelles directives anticipées du patient.

Les directives anticipées ne doivent être prises en compte que si elles datent de moins de 3 ans avant l'état d'inconscience du patient et ne peuvent être rédigées que par un patient majeur.

C.3 : Soins palliatifs

Tout patient dont l'état l'exige a le droit de bénéficier de soins palliatifs et d'un accompagnement.

L'objectif de ces soins est de soulager la douleur, apaiser la souffrance psychique, sauvegarder la dignité du patient et soutenir son entourage.

Le CHU de Grenoble dispose, à cet effet, d'une Unité de Recherche et de Soutien en Soins Palliatifs. Cette Unité est composée de personnels médicaux et paramédicaux.

C.4 : Malades mineurs (dispositions particulières)

C.4.1 : Informations concernant les mineurs

Les dispositions suivantes complètent pour les mineurs les dispositions générales qui ont été précédemment décrites.

Ce sont le ou les titulaires de l'autorité parentale qui doivent recevoir l'information sur l'état de santé du mineur. Le mineur a également le droit d'être informé lui-même, d'une manière adaptée à son degré de maturité.

Toutefois une personne mineure hospitalisée à sa demande et s'opposant expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale est la seule à pouvoir bénéficier du droit à l'information ; le médecin doit s'efforcer d'obtenir son accord pour l'information de ses parents ou de son tuteur, mais le mineur peut maintenir son opposition.

Dans ce cas, il doit se faire accompagner, dans ses démarches et lors des entretiens, par une personne majeure de son choix.

Si le mineur accepte l'accès aux éléments du dossier médical par une personne titulaire de l'autorité parentale, il peut exiger qu'elle s'effectue par l'intermédiaire d'un médecin.

C.4.2 : Consentement aux soins pour les mineurs

L'acceptation ou le refus des soins doit émaner de la personne ayant reçu l'information sur l'état de santé.

En principe l'acceptation ou le refus des soins doivent donc être exprimées par les titulaires de l'autorité parentale.

Aussi, lors de l'admission, s'il apparaît que l'autorisation écrite d'anesthésier, d'opérer et de pratiquer un acte invasif ne pourrait pas être obtenue à bref délai de ses père - mère ou représentant légal pour cause d'éloignement ou pour tout autre motif, ceux-ci sont sollicités pour signer par avance cette autorisation. Cette autorisation leur est demandée lorsqu'elle devient nécessaire, s'ils sont en mesure de la donner à bref délai.

En cas de refus de signer cette autorisation ou si elle ne peut être recueillie, il ne peut être procédé à aucun acte invasif sauf urgence médicalement constatée ou risque de conséquence grave pour la santé du mineur, justifiant la délivrance des soins indispensables par le médecin.

Le consentement du mineur doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

Il s'agit du seul consentement nécessaire lorsque la personne mineure bénéficie à titre personnel d'un régime de couverture maladie incluant la couverture maladie universelle.

En cas de refus de soins d'un mineur opposé à l'information des titulaires de l'autorité parentale et accompagné d'une personne majeure, et lorsque le pronostic vital est en jeu, le médecin prend en conscience les décisions nécessaires et, si besoin, accomplit l'acte indispensable à la survie du mineur et proportionné à son état.

C.5 : Majeurs sous tutelle (dispositions applicables)

En principe, les dispositions générales et les dispositions complémentaires spécifiques aux mineurs qui ont été précédemment décrites s'appliquent aux majeurs sous tutelle, le tuteur se substituant aux titulaires de l'autorité parentale.

Les seules dispositions qui ne sont pas adaptées à la situation de ces patients concernent :

- › Le droit d'opposition à l'information et à la consultation de la personne se substituant à la famille : le tuteur doit être toujours informé et consulté.
- › Le caractère exclusif du droit d'accès direct au dossier médical concernant le majeur sous tutelle : le tuteur peut lui-même accéder aux informations médicales concernant le majeur sous tutelle.
- › En principe, comme pour les mineurs et sauf désignation antérieure d'une « personne de confiance » confirmée par le juge des tutelles, le majeur sous tutelle ne peut substituer un tiers à son tuteur

C.6 : "Transfusion sanguine, sécurité transfusionnelle"

Les transfusions sanguines sont réalisées au CHU conformément aux textes réglementaires garantissant la sécurité du patient, selon des procédures écrites qui précisent toutes les étapes de l'acte transfusionnel et sont validées par le Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance :

- › une information préalable est donnée au patient (ou à son représentant légal) et son consentement est recueilli chaque fois que son état de santé le permet,
- › les examens biologiques nécessaires sont réalisés avant la transfusion,
- › les produits sanguins sont distribués par le site de Grenoble de l'Etablissement Français du Sang (EFS) Rhône-Alpes,
- › leur traçabilité est assurée, conformément à la loi, dans le respect de l'anonymat du donneur et du secret médical concernant le patient. Ces données font partie du dossier médical,
- › à sa sortie, le patient reçoit un document précisant les transfusions qu'il a reçues et son médecin traitant est également informé. Un bilan post-transfusionnel peut lui être proposé, conformément à la réglementation,
- › en cas d'incident pendant la transfusion, un médecin est joignable à tout moment. Le Correspondant d'Hémovigilance du CHU communique cette information au réseau national d'hémovigilance de façon anonyme. L'analyse régulière de tous les incidents permet de prendre, si besoin de nouvelles mesures de précaution, renforçant encore la sécurité transfusionnelle.

C.7.1 : Principes généraux

- a) Consentement : le consentement du donneur vivant est obligatoire.
- b) Gratuité : aucun paiement ne peut être alloué ; les frais inhérents à un prélèvement sont pris en charge.
- c) Anonymat : sauf en cas de nécessité thérapeutique, l'identité du donneur et du receveur restent anonyme.
- d) Sécurité sanitaire : une sélection clinique et des tests de dépistage des maladies transmissibles sont assurés.

C.7.2 : Prélèvements sur une personne vivante

a - Don d'organes

Pour les personnes majeures et capables, les prélèvements peuvent intervenir sous réserve d'un intérêt thérapeutique direct pour le receveur, et après recueil du consentement libre et éclairé du donneur. Ce consentement doit être exprimé devant le Tribunal de Grande Instance ou le magistrat désigné par lui, en cas d'urgence, il est recueilli par le Procureur de la République. Ce consentement est révocable à tout moment. Le receveur doit avoir la qualité de père ou mère, fils ou fille, frère ou sœur (ou conjoint en cas d'urgence).

Tout prélèvement est interdit sur un mineur, sauf le prélèvement de cellules hématopoïétiques issues de la moelle osseuse au bénéfice de son frère ou sa sœur et, exceptionnellement et sous condition, au bénéfice de son cousin germain ou cousine germaine, oncle ou tante, neveu ou nièce. Dans ce cas, le consentement de chacun des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal doit être recueilli ; ce consentement est exprimé devant le Président du T.G.I. ou le magistrat désigné par lui, avec constat de l'absence de refus du mineur.

b - Prélèvement de tissus et cellules lors d'opérations (résidus opératoires)

Ces prélèvements peuvent être réalisés dans un but thérapeutique ou scientifique, et sur un majeur capable uniquement.

Lorsqu'un résidu opératoire est conservé à des fins thérapeutiques, il est nécessaire d'informer le donneur sur les contraintes relatives aux contrôles sérologiques imposés par l'utilisation de ces éléments.

C.7.3 : Prélèvements sur une personne décédée

Pour un défunt majeur, la présomption de consentement au prélèvement fait de chaque individu un donneur potentiel.

Cependant, la volonté du défunt doit être recherchée par consultation du Registre National des Refus et ensuite auprès de son entourage.

Pour un défunt mineur (ou majeur sous tutelle), tout prélèvement doit avoir été autorisé par écrit par chacun des titulaires de l'autorité parentale (ou par le tuteur). En cas d'impossibilité de consulter l'un des titulaires de l'autorité parentale, le prélèvement ne peut être effectué que si l'autre titulaire de l'autorité parentale l'a autorisé par écrit.

C.8 : Participation aux recherches biomédicales

Les médecins peuvent proposer aux malades hospitalisés, aux consultants ainsi qu'à d'autres personnes volontaires de participer à une recherche biomédicale dans les limites et sous les conditions fixées par les dispositions légales et réglementaires qui visent à protéger les personnes.

Avant de réaliser une recherche sur l'être humain, tout promoteur est tenu d'en soumettre le projet à l'avis du Comité de Protection des Personnes (CPP) dont les membres sont nommés par le Préfet.

Sous réserve de dispositions légales spécifiques, aucune expérimentation ne peut être menée sans le recueil préalable du consentement libre, éclairé et exprès de la personne concernée. Cet accord est consigné par écrit, après que le médecin investigateur a informé la personne complètement et précisément, selon les modalités prévues par la loi.

Toute personne (ou un représentant légal) est toujours libre de mettre fin, à tout moment, à sa participation à des recherches biomédicales.

Des dispositions spécifiques s'appliquent au recueil du consentement pour les mineurs et pour les majeurs protégés par la loi.

Les patients hospitalisés sans consentement en psychiatrie ou hospitalisés pour motif autre que la recherche ne peuvent être sollicités que pour des recherches présentant un intérêt direct et majeur pour leur santé.

Avant le début d'une recherche, la Direction Générale du CHU de Grenoble doit toujours être informée de la nature et des modalités de cette recherche et avoir donné son accord.

Une procédure particulière s'applique lorsque le CHU de Grenoble est sollicité pour être promoteur du projet.

D

SEJOUR DES PATIENTS

D.1 : Principes régissant le séjour

D.1.1 : Règles générales

La vie hospitalière requiert du malade le respect d'une certaine discipline dans l'intérêt général sur divers plans :

- comportement et propos n'apportant aucune gêne aux autres malades ou au fonctionnement des structures internes,
- respect d'une stricte hygiène corporelle et des recommandations reçues dans le cadre de la prévention des infections nosocomiales (c'est-à-dire pouvant être acquises au sein du CHU),
- tenue vestimentaire décente au cours des déplacements dans l'enceinte hospitalière,
- souci du maintien en bon état des locaux et objets mis à disposition. Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner une décision de sortie du malade pour motif disciplinaire,
- interdiction de fumer dans l'ensemble des locaux clos et couverts du CHU de Grenoble y compris les chambres d'hospitalisation ; une signalisation apparente rappelle cette interdiction.

Les malades peuvent se déplacer librement au sein du site dès lors que leur état de santé le permet et qu'ils n'entravent pas le bon fonctionnement du service hospitalier.

D.1.2 : Dépôt des objets du patient

Toute personne admise au CHU de Grenoble effectue le dépôt de ses objets au sein de l'établissement, à l'exception des personnes admises en consultation externe. A cette occasion, une information concernant le sort de ses objets et le régime de responsabilité qui en résulte lui est donnée.

Dans le service des urgences ou dans tout autre service d'accueil, un inventaire de tous les objets en possession du malade est dressé, signé sans délai et classé dans le dossier administratif du patient.

Les objets de valeur et les moyens de paiement sont déposés dans un coffre par un régisseur.

Les régimes de responsabilité en la matière sont édictés par le Code de la Santé Publique.

D.1.3 : Gestion des biens et protection des majeurs sous tutelle

Les biens des incapables majeurs hospitalisés au sein de l'établissement ou sortis de l'établissement peuvent, sur décision de justice, être administrés, en considération des intérêts du malade, par un gérant de tutelle qui exerce ces fonctions sous le contrôle du Juge des tutelles.

Ce gérant de tutelle peut être un agent de l'hôpital choisi par le directeur du site parmi les personnels administratifs.

La tutelle en gérance recouvre la gestion des biens et la protection de la personne.

La plupart des actes que le gérant de tutelle peut accomplir nécessitent une autorisation du juge, en dehors des actes de gestion courante du patrimoine.

D.1.4 : Service des repas

Les repas sont servis individuellement, au lit du malade ou dans des locaux de séjour, en fonction des possibilités ou des pratiques internes au service.

En dehors des régimes diététiques sur prescription médicale, un menu de base est proposé aux malades ; toutefois, les aliments qui sont contraires à leurs goûts et habitudes alimentaires sont remplacés.

Il existe divers lieux de restauration au sein de chaque site à l'attention des visiteurs

D.1.5 : Poursuite de la scolarité

Les enfants en âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté au sein de l'hôpital lorsque leurs conditions d'hospitalisation le permettent ; la scolarité est organisée en tenant compte des contraintes d'ordre médical.

D.1.6 : Autorisation de sortie en cours d'hospitalisation

Par décision du directeur de site sur avis favorable du médecin responsable de la structure interne, les patients peuvent - en fonction de leur état de santé et de la longueur de leur séjour - bénéficier de permissions de sortie d'une durée limitée (48 H au plus).

Lorsqu'un patient ne rentre pas dans les délais impartis, l'administration le porte sortant, sauf cas de force majeure, et il ne peut être admis à nouveau que dans la mesure où une place est disponible.

Lorsqu'un patient relève d'une hospitalisation sans consentement en raison de troubles mentaux, telle que prévue par la loi 90-527 du 27 juin 1990, les autorisations de sorties sont régies par des dispositions spécifiques (Art. L3211 à L3223 du CSP).

Des permissions de sortie peuvent être accordées au bénéfice des mineurs en cours d'hospitalisation, dans les mêmes conditions :

Les mineurs sont confiés à leur père, mère, ou autre personne disposant de l'autorité parentale.

Cette personne doit préciser à la Direction de l'établissement si le mineur doit être confié à une tierce personne expressément autorisée par elle. La personne se présentant pour emmener l'enfant doit présenter les justificatifs nécessaires (pièce d'identité, éventuel extrait de jugement).

Toutefois le mineur voulant garder le secret sur son hospitalisation et maintenant son refus sur l'information de ses parents ou de son tuteur peut se faire accompagner par la personne majeure de son choix pour ces sorties.

D.1.7 : Exercice des cultes

Un local d'accès facile et de dimensions suffisantes est mis à la disposition des malades des différentes confessions pour leur permettre d'exercer le culte de leur choix.

Les veillées funèbres ne sont pas autorisées dans ce local.

Des ministres des différents cultes, agréés par le CHU de Grenoble, sont à la disposition des malades, sur demande de leur part à l'encadrement.

D.1.8 : Surveillance et garde des détenus

Les mesures de surveillance et de garde des détenus incombent exclusivement aux personnels de police, de gendarmerie, des forces armées ou de l'administration pénitentiaire et s'exercent sous leur responsabilité.

En aucun cas le service de sécurité du CHU n'est habilité à y participer.

D.1.9 : Intervention du service social

Le Service Social, composé de cadres socio-éducatifs et d'assistants de service social, a pour mission de faciliter sous tous ses aspects la vie des patients à l'hôpital, ainsi que de rechercher et de proposer les actions nécessaires à leur accès aux soins et à leur réinsertion sociale, familiale, professionnelle ou scolaire.

A la disposition des malades, des familles et des proches sur chaque site, ce service participe à la prévention, au dépistage et au traitement des répercussions familiales, économiques et psychologiques inhérentes à la maladie, au handicap et à l'âge.

Il favorise l'accès ou le maintien aux droits sociaux et participe à la résolution des difficultés administratives ou juridiques en œuvrant au fonctionnement des PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé).

Il aide à la mise en place des procédures de protection des personnes et des biens, lorsqu'elles sont nécessaires.

Il prépare, en collaboration avec les autres intervenants, le retour et le maintien à domicile et organise si nécessaire l'admission dans une structure sanitaire ou sociale adaptée à la situation particulière des malades.

D.2 : Accès des personnes étrangères à l'hôpital

D.2.1 : Visites

Le droit aux visites fait l'objet de dispositions arrêtées par le directeur en concertation avec les chefs des structures internes concernées (notamment en ce qui concerne l'aménagement, s'il y a lieu, des horaires et le nombre de visiteurs). Les horaires de visites applicables dans chaque structure interne, sont affichés à l'entrée de cette structure. Des dérogations à ces dispositions peuvent être accordées nominativement, pour des motifs exceptionnels, par le cadre infirmier avec l'accord du chef de la structure concernée.

Des restrictions peuvent être apportées à ce droit, principalement pour des motifs liés à l'état des malades justifiant notamment l'interdiction d'accès de certains visiteurs (mineurs en dessous d'un certain âge) à des structures internes hospitalières, ou la limitation de l'accès de tout visiteur à certaines structures spécialisées. Le malade peut refuser que certaines personnes aient accès à lui.

D.2.2 : Recommandations aux visiteurs

Les visiteurs doivent respecter le repos des malades, éviter de gêner le fonctionnement du service, accepter sur demande du personnel de se retirer des chambres des malades ou d'autres locaux pendant l'exécution des soins et examens, s'abstenir d'imposer leur présence aux malades contre leur gré, garder une tenue correcte, éviter de provoquer tout bruit intempestif, et respecter strictement l'interdiction de fumer.

Il est interdit aux visiteurs d'introduire dans l'hôpital des médicaments (sauf accord exprès du médecin du patient, ils sont alors intégrés à la prescription médicale), boissons alcoolisées ou produits toxiques de quelque nature qu'ils soient.

Il leur est déconseillé par ailleurs d'apporter aux malades des denrées ou boissons, même non alcoolisées qui pourraient être incompatibles avec leur régime alimentaire.

En cas d'incident grave, le personnel hospitalier peut interrompre immédiatement la visite et saisir la Direction pour décider l'expulsion du visiteur, avec éventuellement une interdiction de visite ultérieure.

D.2.3 : Stagiaires extérieurs

Les stages d'étudiants et professionnels au sein du site hospitalier doivent faire l'objet d'une convention entre le CHU de Grenoble et l'établissement ou l'organisme dont dépend le stagiaire ou avec le stagiaire lui-même.

Les stagiaires sont tenus de respecter les dispositions du présent règlement intérieur sous la conduite de la personne responsable de leur stage.

D.2.4 : Associations de bénévoles

L'administration hospitalière facilite l'intervention d'associations qui proposent, de façon bénévole et dans le respect de la réglementation, un soutien ou des activités au bénéfice des malades, à leur demande ou avec leur accord, au sein du site hospitalier. Préalablement à leurs interventions, ces associations doivent obtenir l'autorisation du directeur et conclure avec le CHU de Grenoble une convention définissant les droits et obligations réciproques. La liste des associations est accessible sur le site internet du CHU.

L'accès auprès des malades est subordonné à cette procédure le responsable médical peut s'opposer toutefois à des visites ou des activités de ces associations pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation du service. En tout état de cause, les personnes bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin.

D.2.5 : Accès des professionnels de la presse

L'accès des professionnels de la presse écrite et audiovisuelle et les modalités d'exercice de leur profession au sein d'un site hospitalier doivent préalablement faire l'objet d'une demande exprimée auprès de la Direction de la Communication et validée par la Direction Générale, après avis du chef de structure concerné. Si cette demande est acceptée, elle fait l'objet d'une autorisation écrite transmise au demandeur, ou bien d'un accord oral, après information au directeur du site concerné.

Les jours fériés et week-ends, ces professionnels doivent formuler leur demande auprès du directeur de garde.

Les professionnels de la presse n'ont pas accès au patient. Des dérogations exceptionnelles peuvent être accordées, subordonnées au consentement libre et éclairé de ce dernier ou de son représentant légal dans le cas des mineurs ou majeurs protégés.

En règle générale, ni les patients, ni les membres du personnel ne doivent être photographiés ou filmés. Des dérogations exceptionnelles sont possibles, subordonnées à une autorisation expresse de ces derniers.

D.2.6 : Interdiction d'accès aux démarcheurs, représentants et enquêteurs

L'accès au sein d'un établissement du CHU de Grenoble de démarcheurs, représentants et enquêteurs est interdit.

Ceux-ci s'exposent à une expulsion immédiate s'ils pénètrent dans les chambres et les locaux du site.

Aucune enquête, notamment téléphonique, ne peut être menée auprès des patients ; les patients ne peuvent en aucun cas être tenus d'y répondre.

D.2.7 : Intervention des notaires

Lorsqu'un malade hospitalisé sollicite son intervention, un notaire peut se rendre auprès de celui-ci, quel que soit son état de santé, sans avoir à demander l'autorisation de l'administration hospitalière ; il lui appartient d'apprécier sous sa responsabilité la capacité de son client à accomplir des actes juridiques.

D.3 : Règles diverses

D.3.1 : Respect de la dignité et de l'intimité

Le respect de la dignité et de l'intimité du malade doit être préservé par tous, à tout moment de son séjour hospitalier.

Les malades hospitalisés ne peuvent être amenés à participer à des présentations de cas destinées à des étudiants ou stagiaires, ou à recevoir des soins en présence d'un proche, sans avoir donné au préalable leur consentement. Il ne peut être passé outre leur refus.

Les personnels et les visiteurs extérieurs frappent avant d'entrer dans la chambre du malade et n'y pénètrent, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par l'intéressé.

Le tutoiement et toute forme de familiarité avec les malades sont proscrits, sauf en cas de volonté expresse de ces derniers à ce sujet.

Des mesures sont prises pour assurer la tranquillité des malades et réduire au mieux les nuisances liées notamment au bruit et à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil.

D.3.2 : Droits civiques

Les patients hospitalisés qui, en raison de leur état de santé, ne peuvent se déplacer le jour d'un scrutin, peuvent exercer leur droit de vote sur place, par procuration. Le Cadre de santé infirmier de l'unité de soins peut renseigner sur les formalités à accomplir.

Par ailleurs, un patient peut, en cas de mort imminente, demander que son mariage soit célébré dans l'enceinte hospitalière, en présence d'un officier d'état civil désigné par le Procureur de la République.

D.3.3 : Neutralité et laïcité du service public

Les agents hospitaliers bénéficient, comme tous citoyens, de la liberté de conscience et de religion. Ils doivent cependant respecter le principe de laïcité et de neutralité de l'Etat et des services publics et, à ce titre, ne disposent pas du droit de manifester leurs croyances religieuses dans l'exercice de leurs fonctions, notamment par une extériorisation vestimentaire.

La libre pratique de leur culte est garantie aux malades et à leurs proches, dans le respect des autres malades et du personnel, tout comportement ou prosélytisme religieux excessif perturbant le fonctionnement du service public hospitalier étant interdit.

Les interdictions alimentaires liées aux prescriptions religieuses sont respectées par les possibilités de choix entre les plats proposés.

D.3.4 : Prestataires de services au sein de l'hôpital

Des prestations de service assurées par des entreprises conventionnées avec le CHU de Grenoble sont proposées aux malades dans les conditions fixées par la Direction Générale.

La liste de ces prestations figure dans le livret d'accueil remis aux patients hospitalisés.

D.3.5 : Interdiction des pourboires

Aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les malades ou leur famille, à titre de gratification.

D.3.6 : Effets personnels

Les malades doivent prévoir pour leur séjour hospitalier du linge personnel et un nécessaire de toilette.

Sauf cas particuliers, son entretien n'incombe pas à l'hôpital et sa conservation obéit aux règles générales de la responsabilité hospitalière.

En cas de nécessité, des vêtements appropriés sont mis à la disposition des patients pour la durée de leur hospitalisation.

Les jouets appartenant aux enfants hospitalisés ou qui leur sont apportés, leur sont remis après accord de l'encadrement médical ou infirmier de l'unité.

L'introduction de téléphones mobiles dans les services peut être interdite pour des raisons de sécurité ou pour motif thérapeutique.

Sous certaines conditions, les malades peuvent être autorisés, sous leur propre responsabilité, à utiliser un ordinateur portable ou un télécopieur.

Le personnel hospitalier veille à ce qu'en aucun cas l'usage des récepteurs de radio, de télévision ou autres appareils sonores ne gêne le repos des autres malades.

Les malades ne peuvent pas apporter leur poste de télévision personnel sauf autorisation expresse du directeur, à titre très exceptionnel et sous réserve qu'il soit couvert par une assurance garantissant les dégâts qu'il pourrait causer en cas d'explosion ou d'implosion.

D.3.7 : Animaux domestiques

Les dispositions interdisant l'introduction d'animaux domestiques dans l'enceinte hospitalière ne font pas obstacle à ce que des chiens-guides d'aveugles ou de malvoyants soient autorisés à pénétrer au sein de l'hôpital, dans les limites fixées par la réglementation

D.3.8: Courrier

Le vaguemestre est à la disposition des personnes hospitalisées pour toutes leurs opérations postales.

La distribution des lettres ordinaires est faite par son intermédiaire et elle est organisée au sein de l'unité par le cadre infirmier.

Les mandats, lettres ou paquets recommandés sont remis personnellement aux intéressés conscients par le vaguemestre ; ils sont remis en dépôt à la Direction ou au gérant de tutelle, si le malade ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales.

Le courrier destiné aux mineurs leur est distribué, sauf opposition des parents.

E

SORTIE DES PATIENTS

E.1 : Sortie des patients en fin de séjour

E.1.1 : Décision de sortie

Lorsque l'état du malade ne requiert plus son maintien à l'hôpital, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin responsable avec mention dans le dossier administratif du patient.

Le cas échéant, sur proposition médicale et en accord avec le malade et sa famille, les dispositions sont prises pour un transfert immédiat du malade dans un autre établissement adapté à son cas.

La sortie des patients hospitalisés en psychiatrie sans consentement relève de modalités spécifiques définies par le code de la Santé Publique.

E.1.2 : Organisation de la sortie des malades adultes

La sortie donne lieu à la remise au malade d'un bulletin de sortie indiquant les dates de son séjour (sans aucune mention d'ordre médical) ainsi qu'à la délivrance des certificats médicaux nécessaires à la justification de ses droits et des ordonnances indispensables à la continuation des soins.

Le patient est informé que son médecin traitant recevra le plus tôt possible toutes informations propres à lui permettre de poursuivre la surveillance de sa situation de santé. Il peut s'opposer à ce que toutes ou certaines de ces informations fassent l'objet de cette transmission.

En cas de nécessité médicale, une prescription de transport par ambulance ou autre véhicule sanitaire peut être établie par un médecin hospitalier. Lorsque le coût du transport est à la charge du malade, le malade dispose du libre choix de l'entreprise ; la liste complète des entreprises de transport sanitaire agréées du département est tenue à la disposition des malades.

En cas de dépôt à la régie de recettes, le malade ou une personne mandatée par ses soins doit se présenter au cours des heures d'ouverture pour effectuer le retrait de l'argent et/ou des objets de valeur en dépôt soit sur place à la régie soit à la Trésorerie du CHU de Grenoble.

Les questionnaires de sortie, destinés à recueillir les appréciations et observations du malade, peuvent être déposés à la sortie de l'unité de soins. Ces questionnaires sont exploités et peuvent être consultés par les autorités de tutelle.

E.1.3 : Sortie des mineurs en cas d'hospitalisation

En principe, une personne exerçant l'autorité parentale est informée de la sortie prochaine du mineur. Elle doit faire savoir au CHU de Grenoble si le mineur peut sortir seul ou accompagné d'une personne désignée par elle. Lorsque la sortie est autorisée avec accompagnement, le personnel du CHU peut demander à la personne désignée de justifier de son identité.

Les mêmes règles s'appliquent lors des permissions de sortie en cours d'hospitalisation ainsi que lorsque l'état d'un mineur examiné au niveau d'un service d'accueil des urgences ne justifie pas son hospitalisation.

Toutefois ces règles ne s'appliquent pas lorsque le mineur s'est opposé à l'information des personnes titulaires de l'autorité parentale. Dans ce cas, le mineur est accompagné par une personne majeure de son choix. En cas de doute sur la majorité de l'accompagnant, le personnel du CHU de Grenoble peut être amené à lui demander une pièce d'identité.

E.1.4 : Sortie des nouveau-nés

Au sein des sites hospitaliers comportant une maternité, l'enfant quitte l'établissement en même temps que sa mère, sauf en cas de nécessité médicale (notamment pour les enfants prématurés) ou en cas de force majeure.

E.2 : Cas particuliers de sortie

E.2.1 : Sortie contre avis médical

En cas de troubles mentaux, si les conditions d'une hospitalisation sans consentement sont réunies, le médecin peut être amené à mettre en place une hospitalisation sous contrainte telle que prévue par la loi 90-527 du 27/06/1990.

E.2.2 : Sortie à l'insu du service

Si un malade a quitté l'établissement sans prévenir, des recherches sont effectuées sur le périmètre hospitalier ; si ces recherches demeurent vaines, la Direction du CHU de Grenoble prévient le commissariat de police si la situation l'exige sur le plan médical ou légal. Dans ces cas elle informe également la famille ou le représentant légal du malade. Lorsqu'il s'agit d'un mineur s'étant opposé à l'information de sa famille sur son hospitalisation et ayant refusé les soins malgré son accompagnement par la personne de son choix, la Direction prévient uniquement le commissariat de police.

Dans ces cas, un courrier est adressé au malade si possible à son domicile dans les délais les plus courts, pour l'informer des risques encourus pour sa santé et l'inciter à réintégrer le service ou à se faire soigner. Si l'état de santé du patient l'exige, le médecin traitant est informé de la sortie prématurée du patient.

Les modalités de la sortie sont consignées dans le dossier patient.

E.2.3 : Sortie disciplinaire

A l'exclusion des cas où l'état de santé ne le permettrait pas et lorsque le transfert dans un autre service n'est pas possible ou suffisant, la sortie d'un malade peut être prononcée par le directeur, après avis médical, pour un manquement grave aux dispositions du règlement intérieur.

Dans ces circonstances, la continuité des soins doit être assurée en organisant une alternative dont le malade est informé.

E.2.4 : Sortie des patients hospitalisés sans consentement en raison de troubles mentaux

La sortie des patients hospitalisés sans consentement en raison de troubles mentaux, conformément à la loi du 27/06/90, se fait selon les dispositions spécifiquement prévues à cet effet (art L3211 à L3223 du CSP).

F

NAISSANCES ET DECES

F.1 : Dispositions relatives aux naissances

F.1.1 : Déclaration de naissance

La déclaration de la naissance d'enfants au sein de l'hôpital est effectuée auprès du Service de l'Etat Civil dans les trois jours suivant l'accouchement.

Un document déclaratif est établi à cet effet par l'officier d'Etat Civil, suivant les indications données par la mère de l'enfant nouveau-né. Ces informations auront été notées par la sage-femme responsable de l'accouchement, sur le registre d'accouchement de la maternité.

Le père doit se rendre à la Mairie de La Tronche dans les trois jours suivant l'accouchement muni du livret de famille si les parents sont mariés, des pièces d'identité des deux parents et de l'acte de reconnaissance s'il a été établi pendant la grossesse en cas de parents non mariés.

Un document informatif élaboré par la Mairie de La Tronche est remis aux parents à l'issue de l'accouchement.

F.1.2 : Déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale

Lorsqu'un enfant est né vivant et viable mais qu'il est décédé avant sa déclaration de naissance à l'Etat Civil, le médecin responsable établit un certificat médical attestant ces faits, en précisant les dates et heures de la naissance et du décès ; l'officier d'état civil établit, au vu de ce certificat, un acte de naissance et un acte de décès.

Cette procédure concerne tout enfant né vivant et viable, même s'il n'a vécu que quelques instants.

En revanche, si un enfant est né vivant mais non viable ou si un enfant répondant aux critères de viabilité est mort-né, une déclaration d' « enfant sans vie » est établie, avec inscription sur le registre des décès du site hospitalier, et un acte correspondant est dressé par l'Officier d'Etat Civil.

La viabilité s'apprécie suivant les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : durée de gestation supérieure à 22 semaines ou poids supérieur ou égal à 500 grammes.

La sage-femme cadre du service donne toute information susceptible d'aider la mère ou les parents dans les démarches à suivre.

F.2 : Dispositions relatives aux décès

F.2.1 : Attitude à l'approche du décès

Lorsque l'état du malade s'est aggravé et lorsque le pronostic vital est engagé, la famille ou les proches du malade sont prévenus sans délai.

Le malade peut être transporté à son domicile si lui-même ou sa famille en expriment le désir.

Lorsque le retour au domicile n'a pas été demandé, le malade est transporté si nécessaire et possible, dans une chambre individuelle.

La famille ou les proches peuvent demeurer auprès de lui et l'assister dans ses derniers instants ; la mise à disposition d'un lit d'accompagnant ne donne pas lieu à facturation ; en revanche, les repas fournis sont à la charge des bénéficiaires.

F.2.2 : Information sur le décès

La famille ou les proches du malade sont prévenus du décès, médicalement constaté, dès que possible et par tous moyens, cette information est communiquée à la famille ou aux proches du malade ou à la «personne à prévenir» désignée par ce dernier lors de son admission (cette personne ne correspond pas nécessairement à la «personne de confiance»).

La notification du décès est faite aux autres personnes ou autorités ayant en charge le patient se trouvant dans une situation spécifique en droit ou de fait et, pour les personnes non identifiées, aux services de police.

Par ailleurs, l'autorité judiciaire est avisée immédiatement par le directeur du site prévenu par le médecin responsable de la structure interne en cas de signes ou d'indices de mort violente d'un malade hospitalisé.

Le service d'Etat Civil de la Mairie du lieu de décès est informé dans le délai légal et suivant les modalités définies, après mention du décès sur le registre des décès du site.

F.2.3 : Formalités entourant le décès

Le décès est constaté par un docteur en médecine qui établit le certificat de décès qui est remis aux pompes funèbres en vue d'accomplir les formalités de déclaration du décès auprès du service de l'Etat Civil, ou envoyé à l'état civil du CHU si la famille choisit un transport vers la chambre mortuaire du CHU. Le personnel indique à la famille les différentes possibilités de transport vers les structures funéraires et met à leur disposition la liste des opérateurs funéraires.

L'imprimé de demande de transport de corps sans mise en bière est rempli dans sa première partie lorsque le corps est transféré à la chambre mortuaire du CHU ou vers un Funérarium. Les trois parties sont remplies pour un transport de corps par une entreprise de pompes funèbres vers le domicile après signature par les personnes autorisées.

Dès que le décès a été constaté, à l'exception d'une contrainte médico-légale, le personnel infirmier de l'unité de soins procède à la toilette du malade décédé dans le respect de ses croyances, ainsi qu'à son habillage (sauf demande contraire de la famille), dresse l'inventaire de tous les objets en possession du malade décédé et appose sur le corps un bracelet d'identification. Le personnel infirmier doit s'enquérir d'une possibilité de don de cornée et prévenir l'unité de coordination des greffes.

Pour tous les transferts à la chambre mortuaire, est établie obligatoirement par le personnel infirmier, une fiche de transport de corps.

Dans tous les cas une fiche "suivi de décès" est classée dans le dossier de soins.

L'ensemble des formalités entourant le décès à l'usage du personnel de soins a été mis sous forme de procédures et consultable sur le site intranet du CHU.

F.2.4 : Gestion des objets du défunt

Aucun de ces objets ne peut être remis directement aux héritiers du défunt par le personnel du service.

L'inventaire de tous les objets du défunt est réalisé au niveau de l'unité de soins sur un imprimé spécifique et un exemplaire est conservé dans le dossier de soins.

Les sommes d'argent et objets de valeur sont remis au régisseur à destination du Trésor Public. Les autres objets sont remis au fonctionnaire désigné à cet effet par le directeur d'établissement.

Si un dépôt chez le régisseur avait été effectué avant le décès, seul le Trésor Public peut restituer ce dépôt aux héritiers sur justification de leurs droits.

Les objets non réclamés sont, suivant leur nature, remis un an après le décès, soit à la Caisse des Dépôts et Consignations, soit au Service Départemental des Domaines (pour vente) ; si le Service des Domaines refuse la remise des objets, ceux-ci deviennent la propriété du CHU de Grenoble.

Les actes sous-seing privé constatant des créances ou des dettes sont conservés par le CHU de Grenoble, pendant une durée de cinq ans après le décès. Au delà, ils peuvent être détruits.

Les effets et objets mobiliers ayant appartenu au malade décédé peuvent être incinérés, avec établissement d'un procès-verbal lorsque la sécurité sanitaire impose cette mesure.

F.2.5 : Liberté des funérailles – dispositions testamentaires

Le droit d'organiser librement ses funérailles et de choisir son mode de sépulture est une liberté fondamentale de l'individu qui peut l'exercer en consignait ses volontés dans un testament ou en souscrivant un contrat d'obsèques.

Les malades peuvent demander au notaire de leur choix de venir sur le site hospitalier pour y recueillir à leur chevet leurs dernières volontés (au besoin, le personnel du service peut servir de témoin).

Les malades peuvent aussi faire des dons ou léguer tout ou partie de leurs biens au CHU de Grenoble, en assortissant ces libéralités, le cas échéant, de conditions qui seront strictement respectées par le CHU, dès lors que le don ou legs aura été accepté par le directeur général.

En revanche, les administrateurs, médecins et agents ne peuvent bénéficier de telles libéralités en leur faveur par des personnes hospitalisées. Il en est de même pour les médecins, et pharmaciens, ayant traité une personne pendant la maladie cause de son décès.

F.2.6 : Dépôt des corps à la chambre mortuaire

Après réalisation de l'inventaire des biens du défunt, le corps est déposé, en principe avant tout transfert, à la chambre mortuaire.

En tous cas, la présentation du corps doit se dérouler dans un lieu spécialement préparé et conforme aux exigences de discrétion et de recueillement.

Les agents concernés du site prennent en compte, si possible, après s'en être enquis auprès des familles, les souhaits exprimés au sujet des pratiques religieuses lors de la présentation du corps ou de la mise en bière.

La présentation des corps au niveau de la chambre mortuaire s'effectue durant ses heures d'ouverture affichées sur sa porte d'entrée, figurant dans le guide des formalités remis par les agents de la chambre mortuaire et pouvant être précisées au niveau du service de décès.

La chambre mortuaire est régie par un règlement intérieur spécifique qui peut être consulté sur simple demande formulée auprès d'un agent de la chambre mortuaire.

Le séjour dans la chambre mortuaire du corps d'une personne décédée à l'hôpital ne donne pas lieu à facturation.

F.2.7 : Organisation des opérations funéraires – libre choix des opérateurs

Après reconnaissance du corps, la famille organise les funérailles en s'adressant directement à l'opérateur funéraire de son choix auquel elle règle également directement les frais de convoi et d'obsèques.

Le CHU remet aux familles la liste des opérateurs funéraires (régies, entreprises, associations) habilités, par agrément préfectoral, à fournir ces prestations avec un guide des formalités à accomplir. Cette liste comprenant aussi les chambres funéraires habilitées est affichée dans les locaux de la chambre mortuaire.

Sont strictement interdites, toutes pratiques d'offre de services ou de démarchage qui seraient effectuées au sein du CHU en prévision d'obsèques pour obtenir ou faire obtenir la commande de fournitures ou de prestations liées à un décès.

Il est également strictement interdit aux agents du site qui - à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions - ont connaissance d'un décès, de solliciter ou d'agréer, directement ou indirectement, des offres - promesses - dons - présents ou avantages - de n'importe quelle nature pour faire connaître le décès aux opérateurs funéraires ou pour recommander aux familles les services d'un de ces opérateurs.

L'inhumation doit avoir lieu 6 jours au plus, après le décès (dimanche et jour férié non compris), sauf dérogation préfectorale limitée à des circonstances particulières.

F.2.8 : Mise en bière et transport après mise en bière

En principe, le corps du malade décédé est mis en bière au niveau de la chambre mortuaire du site avant son transport pour inhumation ou incinération (en cas de prothèse renfermant des piles ou radioéléments, un médecin procède au préalable à sa récupération).

Quelle que soit la destination, le transport du corps en cercueil doit avoir été autorisé par le Maire de la commune du lieu de fermeture du cercueil (ou par le préfet du département quand le corps doit être transporté en dehors du territoire métropolitain).

F.2.9 : Transport sans mise en bière

F.2.9.1 : Transport sans mise en bière au domicile

A la demande d'un ayant droit du défunt et dans le délai de 24 heures à compter du décès (délai pouvant être porté à 48 heures en cas de soins de conservation), un transport sans mise en bière vers le domicile du défunt est effectué.

A destination du domicile du défunt ou d'un membre de sa famille situé sur le territoire de la commune, le transport de corps sans mise en bière d'un patient décédé dans un hôpital du CHU de Grenoble doit être autorisé par le directeur concerné.

Cette autorisation du directeur concerné est subordonnée aux conditions médicales et médico-légales fixées par la réglementation.

Sauf cas particulier, le départ du corps doit avoir lieu à partir de la chambre mortuaire du site au cours de ses plages horaires d'ouverture.

L'autorisation du Maire reste nécessaire en cas de transport sans mise en bière hors de la Commune du lieu de décès ; dans ce cas, un bracelet d'identification doit en outre être apposé sur le corps par un fonctionnaire de police.

F.2.9.2 : Transport sans mise en bière à la chambre funéraire intercommunale

A la demande d'un ayant droit du défunt et dans le délai précité au F.2.9.1, un transport sans mise en bière vers la chambre funéraire intercommunale est effectué. L'autorisation du directeur n'est pas requise.

G

DISPOSITIONS FINANCIERES

G.1 : Tarifs des consultations externes

Les tarifs des consultations et actes pratiqués à titre externe à l'hôpital sont affichés ; ils correspondent aux tarifs appliqués par les praticiens et auxiliaires médicaux libéraux conventionnés avec l'assurance maladie.

Tout patient ne bénéficiant pas d'une couverture sociale ou ne pouvant justifier de l'ouverture de droits à un quelconque organisme de prévoyance, doit s'acquitter de l'intégralité des soins externes sur le site.

Lorsqu'il bénéficie d'un "tiers payant" pour la part sécurité sociale, le patient paie seulement le ticket modérateur sauf situation d'exonération spécifique ou de prise en charge par un autre organisme tiers.

La Permanence d'Accès aux Soins de Santé ou le service social hospitalier peuvent intervenir pour l'accès aux consultations des personnes dépourvues de ressources suffisantes.

G.2 : Frais de séjour hospitalier

G.2.1 : Tarifs des prestations

Les frais de séjour résultent de l'application de tarifs de prestations fixés règlementairement et facturés au patient ou à un tiers payeur.

G.2.2 : Forfait journalier

Le forfait journalier, fixé par arrêté interministériel, représente une participation du malade à ses frais de séjour, qui est due en plus des tarifs de prestations pour chaque journée d'hospitalisation à temps complet.

Le forfait journalier doit être réglé au bureau des admissions du site le jour de la sortie (sauf prise en charge par un tiers payant).

G.2.3 : Paiement des frais de séjour et provisions

Lors de l'admission, si les frais de séjour ne peuvent être pris en charge par un organisme tiers, un engagement de payer doit être souscrit, avec versement immédiat et renouvelable - sauf dans les cas d'urgence médicalement constatée - d'une provision calculée sur la base de la durée estimée du séjour.

Toujours, sauf dans les mêmes cas d'urgence, les malades étrangers non résidents sont tenus au dépôt préalable et intégral de cette provision à défaut d'un document attestant d'une prise en charge par leur pays d'origine qui soit accepté par le CHU de Grenoble.

Le non paiement des frais de séjour oblige la Trésorerie du CHU de Grenoble à exercer des poursuites contre les malades, contre leurs débiteurs ou contre les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

G.2.4 : Honoraires des médecins au titre de leur activité libérale

Ces honoraires, à régler indépendamment des frais de séjour hospitalier, sont fixés par entente directe entre le malade et le médecin. Le malade reçoit une information à ce sujet, préalablement à son choix de prise en charge médicale.

G.2.5 : Prestations fournies aux accompagnants

Les frais d'hébergement et de repas engagés par l'hôpital pour les personnes accompagnant les malades hospitalisés sont facturables sur la base d'un tarif forfaitaire fixé annuellement.

La mise à disposition d'un lit d'accompagnant ne donne néanmoins pas lieu à facturation pour les personnes assistant un enfant ou bien un malade en fin de vie.

H

**DISPOSITIONS
RELATIVES AUX PERSONNELS**

Les règles applicables au personnel hospitalier, médical et non-médical, relèvent des statuts de la Fonction Publique Hospitalière.

Au CHU de Grenoble, un guide de la réglementation décline l'organisation et le temps de travail des personnels. Deux exemplaires de ce guide sont à la disposition des personnels dans chaque unité.

H.1 : Règles fondées sur le respect du malade

H.1.1 : Secret professionnel

Institué dans l'intérêt des malades, qui ont droit au respect de leur vie privée et du secret des informations les concernant, le secret professionnel s'impose à tous.

Les informations confiées, entendues ou comprises concernant une personne prise en charge par une équipe de soins dans un établissement hospitalier sont réputées l'être pour l'ensemble de l'équipe. La violation du secret professionnel est passible de sanctions non seulement disciplinaires mais aussi judiciaires.

Cependant, la violation du secret professionnel n'est pas punissable quand :

- un agent informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives, de sévices, privations ou violences de toute nature infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ;
- un médecin porte à la connaissance du Procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques ont été commises. L'accord de la victime est nécessaire sauf si c'est un mineur ;
- un professionnel de santé ou de l'action sociale informe le Préfet du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui le consultent et dont il sait qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une ;
- s'il estime ne pas devoir révéler des sévices ou privations dont il a eu connaissance, le médecin doit alors prendre toute mesure pour en limiter les effets et en empêcher le renouvellement.

H.1.2 : Obligation de discrétion professionnelle

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les personnels du CHU de Grenoble sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle sur tous les faits et informations dont ils ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions. Le secret couvre tout ce qui leur a été confié, mais également ce qu'il ont vu, entendu ou compris.

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

Ces dispositions s'appliquent notamment à l'égard des journalistes, agents d'assurance et démarcheurs.

H.1.3 : Devoir général de réserve - respect de la liberté de conscience et d'opinion

Tout agent doit observer, dans l'expression de ses sentiments et de ses pensées, une réserve compatible avec l'exercice de ses fonctions.

Il est tenu, dans l'exécution de son service, au devoir de stricte neutralité qui s'impose à tout agent collaborant au service public. Il doit s'abstenir de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou déplacés, et notamment du port de signes ostentatoires et religieux, susceptibles d'importuner ou de choquer les malades, les visiteurs et les autres agents du site.

La liberté de conscience et d'opinion est rigoureusement respectée. Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les patients ou sur leurs familles.

Le droit syndical des personnels de l'hôpital s'exerce conformément à la réglementation en vigueur en tenant compte des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis des usagers.

H.1.4 : Respect du confort des malades

Les personnels s'efforcent, sans distinction de grade ou de fonctions, d'assurer au mieux le confort physique et moral des malades dont ils ont la charge.

D'une manière générale, ils prennent toutes dispositions, dans l'exercice de leurs fonctions, pour contribuer personnellement au climat de sécurité et de calme indispensable au sein de locaux hospitaliers.

Le soulagement de la douleur des malades doit être une préoccupation constante de tous les professionnels de santé. Un Comité de Lutte contre la Douleur constitué de personnels médicaux et paramédicaux est à la disposition des équipes et des patients.

Par son comportement, chaque membre du personnel participe à la lutte contre le bruit (tout particulièrement la nuit) dans les services de soins.

H.1.5 : Exigence d'une tenue correcte et interdiction de fumer

La tenue est un élément du respect dû aux malades.

Une tenue correcte, tant dans l'habillement que dans le langage, est exigée de l'ensemble du personnel travaillant au CHU de Grenoble.

L'accès de l'établissement est en particulier interdit à toute personne en état d'ivresse ; en cas de suspicion d'un état d'ébriété d'un agent sur les lieux du travail, il pourra être procédé à la réalisation de test d'alcoolémie conforme à la réglementation et à la procédure interne.

Tous les personnels sont tenus de respecter les dispositions de la loi interdisant de fumer dans l'ensemble des locaux clos et couverts du CHU de Grenoble.

H.1.6 : Identification vis-à-vis des interlocuteurs

Afin de se faire connaître aux patients et à leurs familles et sauf exceptions décidées par le directeur général, les personnels de l'hôpital en contact avec les hospitalisés ou le public portent en évidence, pendant l'exécution de leur service, un badge ou tout autre moyen d'identification précisant leur nom, leur prénom et leur qualité.

Ces dispositions s'appliquent également aux personnels des associations visées dans le présent règlement.

H.1.7 : Accueil et respect du libre choix des familles

L'accueil et l'information des familles s'effectuent avec tact et ménagement, en toute circonstance.

Le libre choix des familles est rigoureusement respecté lorsque celles-ci désirent faire appel à une entreprise de transport sanitaire ou à un opérateur funéraire ; les listes des entreprises agréées par la Préfecture leur sont communiquées.

H.2 : Autres règles de comportement professionnel

H.2.1 : Obligation de désintéressement – obligation de déclaration d'intérêts

Les personnels de l'établissement ne peuvent prendre, par eux-mêmes ou par personnes interposées, des intérêts dans une entreprise en relation avec le CHU de Grenoble qui soient de nature à compromettre leur indépendance.

S'ils ont un intérêt direct ou indirect dans le fonctionnement d'une telle entreprise, ils doivent en informer l'Administration pour lui permettre de gérer le risque de conflit d'intérêts, dès lors qu'ils participent au sein de l'établissement à des activités susceptibles de les mettre en relation directe ou indirecte avec cette entreprise ou s'ils sont impliqués dans la mise en œuvre d'une procédure d'achat dans le secteur d'activité de cette entreprise.

H.2.2 : Interdiction d'exercer une activité lucrative

Les personnels du CHU de Grenoble sont tenus de se consacrer exclusivement à leurs fonctions. Il leur est interdit d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative, de quelque nature qu'elle soit.

Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par la réglementation générale sur les cumuls d'emplois ou de rémunération ainsi que sur l'activité libérale des praticiens plein temps.

H.2.3 : Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces

Il est interdit au personnel du CHU de Grenoble de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces, provenant d'entreprises qui assurent des prestations, produisent ou commercialisent des produits pris en charge par les régimes de Sécurité Sociale.

Les agents ne peuvent accepter des malades ou de leurs familles aucune rémunération liée à l'exécution de leur service.

H.2.4 : Exécution des instructions reçues

Tout agent du CHU de Grenoble, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il a l'obligation de 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 d'un agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, aucun autre agent ayant reçu 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, sauf dispositions contraires à l'exercice des professions réglementées.

H.2.5 : Assiduité et ponctualité

Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions au sein de l'hôpital avec l'assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement du service public hospitalier ; il doit respecter ses horaires de travail.

H.2.6 : Informations du supérieur hiérarchique

Tout agent avise son supérieur hiérarchique, dans les plus courts délais, des situations le plaçant dans l'impossibilité d'assurer une vacation de travail planifiée ainsi que des incidents de toute nature dont il a connaissance à l'occasion de son service.

De même, tout agent amené à conduire un véhicule de l'Administration dans le cadre de ses fonctions doit obligatoirement et immédiatement informer son supérieur hiérarchique de toute mesure de suspension ou d'annulation du permis de conduire dont il peut être l'objet.

H.2.7 : Obligation de signalement des incidents ou risques

Tout membre du personnel de l'établissement, qu'il soit victime, acteur ou témoin d'un événement mettant en jeu la sécurité des soins, des personnes et des biens, est tenu d'en alerter immédiatement l'Unité Médico-Administrative de Gestion du Risque Sanitaire selon la procédure établie.

H.2.8 : Interdiction du harcèlement moral ou sexuel

Il est interdit à un agent du CHU de Grenoble, quel qu'il soit, de procéder à des actes de harcèlement moral ou sexuel à l'encontre d'un patient ou d'un agent du CHU. Les sanctions applicables sont non seulement d'ordre disciplinaire mais également d'ordre judiciaire.

H.2.9 : Témoignage en justice ou auprès de la police

Lorsqu'ils sont appelés à témoigner en justice ou auprès des autorités de police judiciaire sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service, les personnels préviennent la Direction de l'établissement et l'informent des suites à l'issue de leur audition.

H.2.10 : Bon usage des biens de l'hôpital

Les membres du personnel veillent à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à leur disposition par l'établissement. Le CHU de Grenoble est fondé à exiger un remboursement en cas de dégradation volontaire.

H.2.11 : Obligation de déposer les biens confiés ou trouvés

Aucun agent hospitalier ne doit conserver des objets, documents ou valeurs qui lui seraient confiés par des malades. Ces biens sont déposés sans délai auprès du régisseur du site ou, en dehors des heures d'ouvertures de la régie, dans un coffre destiné à cet usage.

Tout objet découvert au sein de l'hôpital est directement remis au cadre désigné par le directeur, pour en organiser la conservation et en assurer la restitution.

H.2.12 : Respect des règles d'hygiène et de sécurité

Les personnels du CHU de Grenoble observent strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service. Pour tous les personnels intervenant auprès des patients, la tenue vestimentaire doit être conforme à celle décrite dans la procédure "Tenue vestimentaire du personnel hospitalier en contact avec les patients" CLIN PRO-026. Le Personnel doit respecter l'interdiction de fumer.

Ils ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer l'hygiène et la sécurité générale de l'établissement et de ses usagers ; ils se soumettent aux mesures de surveillance de leur état de santé et de prévention des risques professionnels.

Un membre du personnel peut se retirer d'une situation de travail présentant, à son avis, un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, sous réserve de ne pas créer pour autrui une nouvelle situation de risque grave et imminent et d'en informer la Direction de l'établissement.

H.2.13 : Exercice du droit syndical

Le droit syndical est reconnu à l'ensemble des agents hospitaliers qui sont représentés par des délégués dûment élus ou mandatés. Les agents peuvent adhérer au syndicat de leur choix. Des locaux sont réservés à l'activité des syndicats dans les différents établissements.

Un protocole d'accord définit les modalités d'exercice du droit syndical : mise à disposition de locaux, heures syndicales, heure mensuelle d'information, mise à disposition de personnels,...

Toute action à l'initiative d'une organisation syndicale exercée dans les conditions légales est reconnue, dès lors qu'elle intervient dans le cadre de la défense des intérêts professionnels des personnels de l'établissement ou dans le cadre de la défense des intérêts collectifs de l'établissement.

H.2.14 : Sanctions disciplinaires

Un membre du personnel du CHU qui commet une faute au cours de ses fonctions encourt une sanction disciplinaire.

Les sanctions disciplinaires sont réparties en 4 groupes.

Les sanctions du groupe 1 (avertissement ou blâme) sont prononcées par le directeur général. Les sanctions des autres groupes, le sont par le directeur général après avis du Conseil de Discipline (émanation de la commission administrative paritaire).

Le fonctionnaire à l'encontre duquel une procédure disciplinaire est engagée a droit à la communication de l'intégralité de son dossier individuel et de tous les documents annexes et à l'assistance de défenseurs de son choix.

H.3 : Utilisation des ressources informatiques

Le CHU, dans le cadre de ses activités, met à la disposition de ses agents des ressources informatiques matérielles et logicielles. Ces moyens sont attribués à titre personnel, et strictement professionnel, leurs règles d'utilisation sont décrites dans la charte informatique communiquée à chaque agent et accessible en permanence sur le site intranet du CHU.

Afin de s'assurer du respect de ces règles, le CHU a mis en place une politique de sécurité.

Un officier de sécurité, en charge de la mise en œuvre de cette politique peut alerter les instances en cas d'abus ou de manquements aux obligations définies dans la charte, et d'éventuelles sanctions pourront être appliquées.



ANNEXE N° 1

DISPOSITIONS RELATIVES A LA GOUVERNANCE

A. DISPOSITIONS PREVUES PAR LA LOI

A.1 Règles générales concernant les structures internes aux pôles d'activité

Référence : articles L.6146-1 du code de la santé publique.

Par délibération du 28 septembre 2006, le conseil d'administration du CHU de Grenoble a adopté les dispositions suivantes relatives aux pôles d'activité cliniques et médico-techniques et à leurs structures internes :

"Les structures de prise en charge internes aux pôles d'activité cliniques et médico-techniques, accueillent les personnes soignées en hospitalisation, en consultation ou lors des examens et explorations, ou y concourent. Elles peuvent comporter, selon les pôles, en cohérence avec le projet d'établissement et avec la dimension universitaire du CHU :

- des Cliniques ; ces cliniques peuvent elles mêmes être décomposées si nécessaire en Unités.
- ou des Unités.

Sur proposition du conseil exécutif, les cliniques et unités sont définies par délibération du Conseil d'Administration, après avis des instances, qui pourra prévoir des appellations spécifiques pour certaines structures internes et certains pôles".

A.2 Durée du mandat des responsables de pôles et structures internes et conditions de leur renouvellement

Référence : articles L.6146-3 et D. 714-21 du code de la santé publique.

Par délibération du 28 septembre 2006, le conseil d'administration du CHU de Grenoble a fixé à 4 ans renouvelables la durée du mandat des responsables de pôles et de leurs structures internes, notamment les cliniques et unités.

B. DISPOSITIONS PREVUES PAR DECRET

B.1 Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Référence : articles R. 6146-52 et suivants du code de la santé publique.

Par délibération du 28 avril 2006 (n° 06-912), le conseil d'administration du CHU a fixé le nombre de membres de la commission et défini les conditions de suppléance et de scrutin.

« La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques comprend 32 membres élus.

Le nombre de sièges attribué aux groupes cadres de santé et le groupe des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques est calculé au prorata des effectifs des personnels de chaque collège appréciés en équivalent temps plein à la date de l'affichage des listes électorales.

Chaque collège dispose à la commission d'au moins un représentant

La répartition des restes se fait à la plus forte moyenne.

Les modalités du scrutin :

a) Modalités pratiques

L'électeur laisse figurer, pour chaque collège sur son bulletin de vote autant de noms que de membres titulaires et suppléants à élire dans le collège auquel il appartient.

b) Validité du bulletin de vote

Chaque électeur place son bulletin de vote dans une enveloppe fermée ne comportant aucun signe distinctif.

Les bulletins sont valables même s'ils comportent moins de noms que de membres à élire.

c) Vote par correspondance

Le vote par correspondance est admis.

Les bulletins de vote et les enveloppes sont mis à disposition des électeurs sur demande à la Direction des Soins.

Les enveloppes contenant le bulletin de vote devront être adressées ou remises à la Direction des Soins au plus tard 2 jours avant la date du scrutin ; le cachet de la poste ou récépissé de dépôt faisant foi.

Les enveloppes qui ne remplissent pas les conditions prévues, les enveloppes parvenues en plusieurs exemplaires sous le nom d'un même électeur, celles comprenant plusieurs enveloppes intérieures ainsi que celles émanant d'électeurs ayant pris part au vote sur place ne sont pas prise en compte pour le scrutin.

d) Affichage des listes

Les listes des électeurs et des éligibles sont affichées :

- ⇒ à la Direction des Soins (Pavillon Dauphiné 1^{er} étage),
- ⇒ à la Direction de l'Hôpital Sud,
- ⇒ au CMC.
- ⇒ A La Bâtie
- ⇒ Panneau entrée self Michallon.

Le procès verbal des élections est affiché :

- ⇒ à la Direction des Soins (Pavillon Dauphiné 1^{er} étage),
- ⇒ à la Direction de l'Hôpital Albert Michallon,
- ⇒ à la Direction de l'Hôpital de La Tronche,
- ⇒ à la Direction de l'Hôpital Sud,
- ⇒ au CMC
- ⇒ Panneau entrée self Michallon.

e) Lieux du vote

- Trois bureaux de vote : Michallon, Sud, CMC.
- Pièce d'identité ou carte professionnelle.

f) Dépouillement

Le dépouillement se fait au niveau de chaque lieu de vote.

- Bulletin valable même s'il comporte moins de noms que la liste.

➤ **Bulletin nul :**

- ⇒ Bulletin comportant plus de noms que le nombre de membre à élire,
- ⇒ bulletin blanc,
- ⇒ bulletin ou enveloppe portant des signes de reconnaissance,
- ⇒ bulletin portant le nom de candidats non inscrits ou ne correspondant pas au collège. »

B.2 Règles de fonctionnement des conseils de pôles

Référence : article R. 6146-10 du code de la santé publique.

Par délibération du 28 septembre 2006, le conseil d'administration du CHU a adopté les dispositions suivantes applicables aux conseils de pôle clinique ou médico-technique et aux conseils de pôles administratifs ou logistiques :

"Un procès-verbal de chaque réunion est transmis au directeur général, au président de la CME, au directeur de l'UFR et au secrétaire du CTE.

Le conseil se réunit au moins une fois par semestre sur convocation du responsable du pôle, qui le préside. L'ordre du jour la date et le lieu de la réunion du conseil sont portés à la connaissance des personnels par voie d'affichage dans chaque unité au moins quinze jours avant la tenue de la réunion, par voie électronique ou par courrier aux personnes n'ayant pas accès à la messagerie".

B.3 Composition des conseils de pôles

Référence : articles R.6146-13 et suivants du code de la santé publique.

Dans les 6 mois suivant la constitution des pôles fin 2006, le conseil d'administration délibérera sur le nombre de sièges à pourvoir par corps et catégorie, pour les personnels médicaux et ceux régis par le Titre IV de la fonction publique, pour chaque conseil de pôle.

