



RÈGLEMENT INTÉRIEUR



Introduction générale

Le règlement intérieur du CHU Grenoble Alpes constitue un document d'information et de référence à l'intention des usagers et des professionnels hospitaliers. Il fixe les règles afférentes à l'organisation générale de l'établissement et les dispositions qui y sont applicables au quotidien dans l'exercice de ses missions. Ces règles résultent soit des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, soit du pouvoir de police et de conduite générale de l'établissement assuré par le directeur d'établissement.

Arrêté par le Directeur Général après concertation avec le Directoire et avis de la Commission Médicale d'Etablissement, du Comité Social d'Etablissement et du Conseil de surveillance et information de la Commission des Soins Infirmiers et Médico Techniques, le règlement intérieur est opposable aux usagers et aux personnels de l'ensemble des services du CHU Grenoble Alpes. Il fonde et encadre le pouvoir de police et de protection du chef d'établissement et des agents qui l'exercent sous sa délégation. Il organise l'accueil et la prise en charge des patients.

SOMMAIRE

Contenu

Introduction générale.....	2
PARTIE A - DISPOSITIONS GENERALES.....	11
FICHE A.1. PRESENTATION DU CHU GRENOBLE ALPES.....	11
A.I. 1. STATUT.....	11
A.I. 2. SITES.....	11
A.I.3. IDENTITE VISUELLE	13
A.I.4. LES MISSIONS ET OBLIGATIONS DU CHU GRENOBLE ALPES	13
A.I.5. DEVELOPPEMENT DURABLE	17
A.I.6. LE GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE.....	18
A.1.7. DIRECTION COMMUNE.....	18
A.1.8. ACCUEIL DES PERSONNES en SITUATION DE HANDICAP	18
A.1.9 DONNEES PERSONNELLES	18
FICHE A.2. ORGANISATION ADMINISTRATIVE : INSTANCES.....	20
A.2.1. LE CONSEIL DE SURVEILLANCE	20
A.2.2. LE DIRECTOIRE	22
A.2.3. LE (LA) DIRECTEUR (DIRECTRICE) GENERAL (E)	24
A.2.4. LE (LA) PRESIDENT (E) DE LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT	26
A.2.5. LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT (CME)	27
A.2.6. LE COMITE SOCIAL D'ETABLISSEMENT (CSE).....	31
A.2.7. FORMATION SPECIALISEE EN MATIERE DE SANTE, SECURITE ET CONDITIONS DE TRAVAIL (F3SCT)	33
A.2.8.LA COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICOTECHNIQUE : (CSIRMT)35	
A.2.9. LA COMMISSION DES USAGERS (CDU)	36
A.2.10. LE COMITE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES (CLIN)	38
A.2.11. LE COMITE DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR (CLUD)	38
A.2.12. LE COMITE DE LIAISON EN ALIMENTATION ET EN NUTRITION (CLAN)	38
A.2.13. LE COMITE CONSULTATIF D'ETHIQUE CLINIQUE (ccec)	38
A.2.14. LA COMMISSION D'ANALYSE ET DE PREVENTION DES SITUATIONS DE VIOLENCES (CAPSAV)..	39
FICHE A.3. ORGANISATION DES SOINS.....	40

A.3.1. LES STRUCTURES MEDICALES	40
A.3.2. LA PERMANENCE DES SOINS ET LA CONTINUITE DES SOINS MEDICAUX.....	45
A.3.3. LES FONCTIONS DES INTERNES ET DES ETUDIANTS HOSPITALIERS	50
FICHE A.4. SECURITE ET HYGIENE	53
A.4.1. FINALITE ET PORTEE DES REGLES	53
A.4.2. LA SECURITE GENERALE.....	54
A.4.3. LA SECURITE DE FONCTIONNEMENT.....	60
A.4.4. LA CIRCULATION ET LE STATIONNEMENT AUTOMOBILES	61
FICHE A.5. QUALITE, REPRESENTATION DES USAGERS, RECLAMATIONS ET CONTENTIEUX	63
A.5.1. LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE QUALITE.....	63
A.5.2. L'ORGANISATION DE LA DEMARCHE DE CERTIFICATION	65
A.5.3. LA GESTION DES RISQUES LIES AUX SOINS.....	65
PARTIE B - CONSULTATION ET HOSPITALISATION.....	71
FICHE B.1. LES PRINCIPES REGISSANT L'ACCES AUX SOINS.....	71
B.1.1. LE DROIT A LA PROTECTION DE LA SANTE.....	71
B.1.2. L'EGALITE D'ACCES AUX SOINS.....	71
B.1.3. LE LIBRE CHOIX DU PATIENT	71
FICHE B.2. L'ADMISSION DU PATIENT.....	73
B.2.1. LA DECISION D'ADMISSION	73
B.2.2. LES FORMALITES D'ADMISSION.....	73
B.2.3. LE SECRET DE L'ADMISSION.....	74
B.2.4. LIVRET d'ACCUEIL	75
B.2.5. LES MODES D'ADMISSION	76
B.2.6. L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT EN PSYCHIATRIE	77
FICHE B.3. L'ACCUEIL EN URGENCE DU PATIENT	80
B.3.1. LE ROLE DU SAMU ET DU SMUR.....	80
B.3.2. LE SERVICE D'ACCES AUX SOINS (SAS).....	80
B.3.2. L'ORGANISATION SPECIFIQUE EN SITUATION EXCEPTIONNELLE :.....	81
B.3.3. L'INTERVENTION DES PERSONNELS EN CAS D'URGENCE OU D'ACCIDENT SURVENANT A PROXIMITE IMMEDIATE DU SITE HOSPITALIER	82
B.3.4. ACCUEIL ET ADMISSION EN URGENCE.....	82
FICHE B.4. CONSULTATIONS ET SOINS EXTERNES.....	84
FICHE B.5. L'ACTIVITE LIBERALE DES MEDECINS AU SEIN DE L'HOPITAL.....	85
B.5.1. L'ORGANISATION ET L'EXERCICE DE L'ACTIVITE LIBERALE	85

B.5.2. LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT.....	86
B.5.3. LE CONTROLE DE L'ACTIVITE LIBERALE.....	87
FICHE B.6. LES STRUCTURES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION.....	89
FICHE B.7. LES DISPOSITIONS PARTICULIERES AUX PATIENTS MINEURS.....	90
B.7.1. LA PROTECTION DES MINEURS.....	90
B.7.2. LES CONSULTATIONS POUR MINEURS.....	90
B.7.3. L'ADMISSION DES PATIENTS MINEURS.....	90
B.7.4. L'ACCOMPAGNEMENT DES MINEURS EN HOSPITALISATION.....	93
FICHE B.8. LES DISPOSITIONS PARTICULIERES AUX FEMMES ENCEINTES.....	94
B.8.1. L'ADMISSION EN MATERNITE.....	94
B.8.2. L'ACCOUCHEMENT ANONYME - L'ACCES AUX ORIGINES PERSONNELLES.....	94
B.8.3. L'ADMISSION DES FEMMES POUR UNE INTERRUPTION DE GROSSESSE.....	95
FICHE B.9. LES DISPOSITIONS PARTICULIERES A D'AUTRES PATIENTS.....	96
PARTIE C - INFORMATION ET CONSENTEMENT AUX SOINS.....	98
FICHE C.1. LA DELIVRANCE DE L'INFORMATION.....	98
C.1.1. DROIT A L'INFORMATION DU PATIENT.....	98
C.1.2. LES OBLIGATIONS DU PATIENT HOSPITALISE.....	99
C.1.3. L'INFORMATION DU PATIENT ET LES DOMMAGES LIES AUX SOINS.....	100
C.1.4. L'INFORMATION DES PERSONNES AUTRES QUE LE PATIENT.....	101
C.1.5. LA PERSONNE DE CONFIANCE.....	102
C.1.6. L'ACCES AU DOSSIER PATIENT.....	102
FICHE C.2. LE CONSENTEMENT AUX SOINS.....	109
C.2.1. LES PRINCIPES GENERAUX.....	109
C.2.2. LE RECUEIL DU CONSENTEMENT ET LES DIRECTIVES ANTICIPEES.....	109
C.2.3. LE REFUS DE SOINS.....	112
C.2.4. LES PATIENTS ET LA FIN DE VIE.....	112
FICHE C.3. LES DISPOSITIONS PARTICULIERES AUX PATIENTS MINEURS.....	116
C.3.1. L'INFORMATION ET LE CONSENTEMENT AUX SOINS.....	116
C.3.2. CONSENTEMENT AUX INTERVENTIONS MEDICALES ET CHIRURGICALES SUR DES MINEURS ...	116
C.3.3. LE DEFAUT D'ACCORD PARENTAL ET LA DELIVRANCE DES SOINS.....	116
C.3.4. LE DESACCORD PARENTAL ET LA DELIVRANCE DES SOINS.....	117
C.3.5. LE REFUS DE SOINS.....	117
FICHE C.4. LES DISPOSITIONS APPLICABLES AUX MAJEURS PROTEGES.....	119
C.4.1. L'INFORMATION ET LE CONSENTEMENT.....	119

C.4.2. LE REFUS DE SOINS	119
FICHE C.5. LE DON ET L'UTILISATION DU SANG	121
C.5.1. LE DON DU SANG	121
C.5.2. LES TRANSFUSIONS SANGUINES.....	121
C.5.3. LA SECURITE TRANSFUSIONNELLE.....	121
FICHE C.6. LES DONS D'ORGANES ET LES PRELEVEMENTS D'AUTRES ELEMENTS ET PRODUITS DU CORPS	122
C.6.1. LES PRINCIPES GENERAUX	122
C.6.2. LES PRELEVEMENTS SUR UNE PERSONNE VIVANTE	123
FICHE C.7. LA PARTICIPATION AUX RECHERCHES IMPLIQUANT LA PERSONNE HUMAINE.....	128
C.7.1. LES CONDITIONS RELATIVES AUX RECHERCHES IMPLIQUANT LA PERSONNE HUMAINE	128
C.7.2. LES CONDITIONS RELATIVES AUX RECHERCHES SUR DONNEES.....	129
C.7.3. LES INVESTIGATEURS ET PROMOTEURS.....	129
PARTIE D - LE SEJOUR DES PATIENTS.....	130
FICHE D.1. LES DROITS DU PATIENT HOSPITALISE	130
D.1.1. LE RESPECT DE LA DIGNITE ET DE L'INTIMITE	130
D.1.2. LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR	131
D.1.3. LES DROITS CIVIQUES	132
D.1.4. LA NEUTRALITE ET LA LAICITE DU SERVICE PUBLIC.....	132
D.1.5. L'EXERCICE DES CULTES.....	133
D.1.6. PRINCIPE D'EGALITE/NON DISCRIMINATION	133
D.1.7. LES INTERVENTIONS DU SERVICE SOCIAL.....	133
D.1.8. LA PRESTATION ALIMENTAIRE	134
FICHE D.2. LES REGLES DE VIE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT.....	135
D.2.1. LES REGLES GENERALES.....	135
D.2.2. LE DEPOT DES BIENS APPARTENANT AU PATIENT - RESPONSABILITE EN CAS DE VOL, PERTE OU DETERIORATION D'UN BIEN APPARTENANT AU PATIENT	136
D.2.3. LA GESTION DES BIENS ET LA PROTECTION DES MAJEURS.....	136
D.2.4. LA POURSUITE DE LA SCOLARITE.....	137
D.2.5. LES AUTORISATIONS DE SORTIE EN COURS D'HOSPITALISATION.....	137
D.2.6. LES AUTORISATIONS DE SORTIE DES MINEURS EN COURS D'HOSPITALISATION	137
D.2.7. LE SIGNALEMENT DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX.....	138
D.2.8. L'INTERDICTION DES GRATIFICATIONS.....	138
D.2.9. PRODUITS TOXIQUES ET ILLICITES.....	138

D.2.10. LES EFFETS PERSONNELS	138
D.2.11. LES JOUETS	138
D.2.12. LES ANIMAUX	139
D.2.13 RESPECT DE LA VIE PRIVEE ET UTILISATION DE L'IMAGE	139
FICHE D.3. L'ACCES DES PERSONNES EXTERIEURES	140
D.3.1. LES VISITES.....	140
D.3.2. LES RECOMMANDATIONS AUX VISITEURS.....	141
D.3.3. LES STAGIAIRES EXTERIEURS	142
D.3.4. LES ASSOCIATIONS CONVENTIONNEES ET BENEVOLAT A L'HOPITAL.....	142
D.3.5. L'ACCES DES PROFESSIONNELS DE LA PRESSE	142
D.3.6. L'INTERDICTION D'ACCES AUX DEMARCHEURS, REPRESENTANTS ET ENQUETEURS.....	143
D.3.7. ACCES DES AGENTS COMMERCIAUX AGISSANT AU NOM D'ENTREPRISES PRODUISANT OU COMMERCIALISANT DES PRODUITS DE SANTE (« VISITEURS MEDICAUX »).....	143
D.3.8. L'INTERVENTION DES NOTAIRES	144
FICHE D.4. LES PRESTATIONS DE SERVICE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT	145
D.4.1. LE COURRIER.....	145
D.4.2. TELEPHONE, TELEVISION ET ACCES INTERNET	145
D.4.3. RESTAURATION PRESSE	145
PARTIE E - LA SORTIE DES PATIENTS.....	146
FICHE E.1. LA SORTIE DES PATIENTS EN FIN DE SEJOUR	146
E.1.1. LA DECISION DE SORTIE	146
E.1.2. L'ORGANISATION DE LA SORTIE DES PATIENTS ADULTES	146
E.1.3. LA SORTIE DES MINEURS EN FIN D'HOSPITALISATION	147
E.1.4. LA SORTIE DES MINEURS CONTRE AVIS MEDICAL	147
E.1.5. LA SORTIE DES NOUVEAU-NES.....	147
FICHE E.2. LES CAS PARTICULIERS DE SORTIE	148
E.2.1. LA SORTIE CONTRE AVIS MEDICAL.....	148
E.2.2. LA SORTIE A L'INSU DU SERVICE (FUGUE)	148
E.2.3. LA SORTIE DISCIPLINAIRE	149
E.2.4. LES AUTORISATIONS DE SORTIE DES PATIENTS HOSPITALISES EN PSYCHIATRIE	149
PARTIE F - LES NAISSANCES ET LES DECES.....	150
FICHE F.1. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX NAISSANCES	150
F.1.1. LA DECLARATION DE NAISSANCE - CAS GENERAL	150
F.1.2. LES DECLARATIONS SPECIFIQUES AUX ENFANTS DECEDES DANS LA PERIODE PERINATALE	150

FICHE F.2. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX DECES	151
F.2.1. L'ATTITUDE A L'APPROCHE DU DECES	151
F.2.3. LES FORMALITES ENTOURANT LE DECES	152
F.2.4. LA GESTION DES BIENS DU DEFUNT.....	153
F.2.5. LE DON DU CORPS A LA SCIENCE	153
F.2.6. LA LIBERTE DES FUNERAILLES - LES DISPOSITIONS TESTAMENTAIRES	153
F.2.7. LE DEPOT DES CORPS A LA CHAMBRE MORTUAIRE	154
F.2.8. L'ORGANISATION DES OPERATIONS FUNERAIRES – LE LIBRE CHOIX DES OPERATEURS.....	154
F.2.9. LA MISE EN BIERE ET LE TRANSPORT APRES MISE EN BIERE	155
F.2.10. LE TRANSPORT DE CORPS SANS MISE EN BIERE	155
F.2.11. LES DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX ENFANTS DECEDES DANS LA PERIODE PERINATALE	156
PARTIE G - LES DISPOSITIONS FINANCIERES.....	157
FICHE G.1. LES TARIFS DES CONSULTATIONS EXTERNES	157
FICHE G.2. LES FRAIS DE SEJOUR HOSPITALIER.....	157
G.2.1. LES TARIFS DES PRESTATIONS	157
G.2.2. LE FORFAIT JOURNALIER	157
G.2.3. LE PAIEMENT DES FRAIS DE SEJOUR ET PROVISIONS.....	158
G.2.4. LES DISPOSITIONS PARTICULIERES A CERTAINS PATIENTS.....	158
G.2.5. LES PRESTATIONS FOURNIES AUX ACCOMPAGNANTS	158
G.2.6. LES HONORAIRES DES MEDECINS AU TITRE DE LEUR ACTIVITE LIBERALE	159
PARTIE H - LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS	159
FICHE H.1. LES REGLES FONDEES SUR LE RESPECT DU PATIENT	159
H.1.1. LES DEVOIRS GENERAUX DU PERSONNEL	159
H.1.2. LE SECRET PROFESSIONNEL.....	162
H.1.3. LE DEVOIR D'INFORMATION DU PUBLIC	167
H.1.4. LA DIGNITE ET L'INTEGRITE DU PATIENT HOSPITALISE	167
H.1.5. LE RESPECT DU CONFORT DES PATIENTS.....	168
H.1.6. DEONTOLOGIE	168
H.1.7. L'EXIGENCE D'UNE TENUE PROFESSIONNELLE.....	169
H.1.8. L'ACCUEIL ET LE RESPECT DU LIBRE CHOIX DES FAMILLES.....	170
FICHE H.2. LES PRINCIPES DE BONNE CONDUITE PROFESSIONNELLE – PRINCIPE DE DESINTERESSEMENT	171
H.2.1. L'OBLIGATION DE DECLARATION D'INTERETS.....	171
H.2.2. L'INTERDICTION D'EXERCER UNE ACTIVITE PRIVEE LUCRATIVE.....	171

H.2.3. L'INTERDICTION DE BENEFICIER D'AVANTAGES EN NATURE OU EN ESPECES.....	174
H.2.4. L'OBLIGATION DES AGENTS CONCOURANT AUX ACHATS PUBLICS	174
FICHE H.3. LES REGLES DE COMPORTEMENT AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT	175
H.3.1. L'EXECUTION DES INSTRUCTIONS REÇUES.....	175
H.3.2. L'ASSIDUITE – LA PONCTUALITE ET LES HORAIRES DE TRAVAIL	175
H.3.3. L'INFORMATION DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE	176
H.3.4. L'OBLIGATION DE SIGNALEMENT DES INCIDENTS OU RISQUES	176
H.3.5. LE TEMOIGNAGE EN JUSTICE OU AUPRES DE LA POLICE	176
H.3.6. LE BON USAGE DES BIENS DE L'HOPITAL	176
H.3.7. LA BONNE UTILISATION DU SYSTEME D'INFORMATION.....	177
H.3.8. L'OBLIGATION DE DEPOSER LES BIENS CONFIES PAR LES PATIENTS OU TROUVES DANS L'HOPITAL.....	177
H.3.9. LE RESPECT DES REGLES D'HYGIENE ET DE SECURITE	177
H.3.10. L'INTERDICTION DE FUMER ET DE VAPOTER.....	178
H.3.11. L'ALCOOL, LES STUPEFIANTS ET LES CONDUITES ADDICTIVES.....	178
H.3.12. TELEPHONES PORTABLES	179
FICHE H.4 DROITS DES PERSONNELS.....	180
H.4.1. LIBERTE D'OPINION – PRINCIPE DE NON-DISCRIMINATION	180
H.4.2. PROTECTION CONTRE LE HARCELEMENT.....	180
H.4.3. REFERENT EGALITE	181
H.4.4. LIBERTE D'EXPRESSION, INTERNET ET USAGE DES RESEAUX SOCIAUX ET MEDIAS.....	181
H.4.5. DROIT DE GREVE.....	182
H.4.6. DROIT DE RETRAIT	182
H.4.7. DROIT SYNDICAL.....	182
H.4.8. DROIT A LA FORMATION PROFESSIONNELLE TOUT AU LONG DE LA VIE.....	184
H.4.9. ACCES AU DOSSIER PERSONNEL DES AGENTS.....	184
H.4.10. TELETRAVAIL.....	184
H.4.11. CONCILIATION	185
H.4.12 RISQUES PSYCHO SOCIAUX (RPS).....	185
PARTIE I - LA PROCEDURE D'ADOPTION ET DE MODIFICATION.....	187
FICHE I.1. LA PROCEDURE D'ADOPTION DU REGLEMENT INTERIEUR	187
FICHE I.2. LA PROCEDURE DE MODIFICATION ET DE REVISION DU REGLEMENT INTERIEUR.....	187
FICHE I.3. OPPOSABILITE DU REGLEMENT INTERIEUR	187
ANNEXES.....	188

Liste des annexes	188
Annexe 1: Convention hospitalo universitaire	188
Annexe 2 : Règlement intérieur de la Commission Médicale d’Etablissement (CME)	188
Annexe 3: Règlement intérieur du Comité Social d’Etablissement (cse)	188
Annexe 4: Règlement intérieur de la commission des soins infirmiers de reeducation et medico techniques (CSIRMT).....	188
Annexe 5: Règlement intérieur de la Commission Des Usagers (CDU)	188
Annexe 6 : Charte de la conciliation	188
Annexe 7 : Charte de l'activité libérale intra hospitalière	188
Annexe 8: Charte informatique	188
Annexe 9: Règlement intérieur du fonctionnement des astreintes médicales.....	188
Annexe 10: Protocole Hôpital Police Justice (2015)	188
Annexe 11 : Règlement du parc de stationnement.....	188
Annexe 12 : Reglement intérieur de la protection des donnees personnelles	188

PARTIE A - DISPOSITIONS GENERALES

FICHE A.1. PRESENTATION DU CHU GRENOBLE ALPES

A.I. I. STATUT

Le Centre Hospitalier Universitaire est un établissement public de santé autonome dirigé par un Directeur général, un Directoire et un Conseil de Surveillance. Il est placé sous la tutelle de l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui représente le ministère de la Santé.

A.I. 2. SITES

Le CHU Grenoble Alpes compte plusieurs établissements de soins répartis sur différents sites:

➤ Le site nord à La Tronche

Ce site regroupe l'hôpital Michallon, l'Hôpital Couple Enfant (**HCE**), les différents pavillons de spécialités ainsi que l'Institut de Biologie et de Pathologie (**IBP**).

- **L'Hôpital Michallon et le Nouveau Plateau Technique**

Centre de soins pluridisciplinaires où sont réunis les services de médecine, de chirurgie, de réanimation, le plateau technique ainsi que le service d'accueil des urgences adultes.

- **L'Hôpital Couple Enfant (HCE)**

Cette structure regroupe les activités de gynécologie, de maternité et d'aide à la procréation. Elle comprend également l'ensemble des activités de pédiatrie.

- **L'Institut de Biologie et Pathologie (IBP)**

Outre les activités d'anatomie et cytologie pathologiques, cet institut regroupe les activités de nombreuses spécialités biologiques : bactériologie, virologie, parasitologie, immunologie, hématologie...

- **Les structures pavillonnaires**

Le site nord du CHU est également composé de nombreux pavillons regroupant diverses activités de spécialités : neurologie, psychiatrie, gériatrie, endocrinologie... et le SAMU-Centre 15.

Le siège de la Direction Générale et de la Présidence de la Commission Médicale d'Etablissement est situé dans le Pavillon Dauphiné.

➤ **Le site Sud à Echirolles**

- **L'Hôpital Sud (bâtiment olympique)**

Il regroupe une filière complète de prise en charge de l'appareil locomoteur, des urgences traumatologiques et rhumatologiques à la chirurgie orthopédique et traumatologie du sport, la rhumatologie, ainsi que les activités d'imagerie.

- **L'institut de rééducation**

Son activité se concentre sur les soins de suite et de réadaptation traumatologique, vasculaire, neurologique et cardiaque.

- **Le Centre de Gérontologie Sud (CGS)**

Il s'agit d'un établissement qui regroupe l'ensemble des lits de l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et des unités de soins de Longue Durée (USLD).

➤ **Le site de VOIRON**

Le site de Voiron comprend un service d'accueil des urgences et des activités de court séjour de médecine, de chirurgie, obstétrique et pédiatrie. Il accueille également sur le site de Coulevie une Unité de Soins de Longue Durée (USLD), une Unité d'Hébergement Renforcée (UHR), un Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ainsi que des places temporaires d'hébergement d'urgence.

➤ **Autres structures**

- Le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) situé à Saint Martin d'Hères, réalise des prises en charge pluridisciplinaires des addictions et des troubles associés.
- L'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (USMP) est localisée au sein de la maison d'arrêt de Varces.

Un site annexe : La plateforme logistique et pharmaceutique

La plateforme logistique et pharmaceutique du CHU regroupe les magasins, le centre éditique, les archives médicales de plus de dix ans et le service transport logistique

Des écoles et des centres de formation :

L'Institut de Formation des Professionnels de Santé (IFPS), porté par le CHU Grenoble Alpes (CHUGA) et l'Université Grenoble Alpes (UGA), avec le soutien de l'État et de la région Auvergne-Rhône-Alpes, s'inscrit dans l'esprit de la réforme de l'enseignement supérieur (réforme « LMD ») à l'origine de l'universitarisation des professions de santé.

Il constitue une originalité en France car il regroupe en un même lieu d'enseignement, dans un bâtiment situé sur le Campus universitaire, les trois premières années des études de l'UFR de médecine, de l'UFR de pharmacie, du département de maïeutique et les six autres instituts de formation paramédicale de niveau licence ou master du CHU Grenoble Alpes :

- Ecole d'Infirmier Anesthésiste (IADE)
- Institut de formation des Infirmiers Puériculteurs (IFIP)
- Institut de Formation de Manipulateurs (IFMEM)
- Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS)
- Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI)
- Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK)

Le CHU Grenoble Alpes gère également les instituts suivants :

- Institut de Formation d'Aides-Soignants (IFAS)
- Institut de Formation d'Ambulanciers (IFA)
- Institut de Formation d'Auxiliaires de Puériculture (IFAP)
- Centre de Formation des assistants de régulation médicale (CFARM)

A.I.3. IDENTITE VISUELLE

Le CHU Grenoble Alpes possède une identité visuelle qui lui est propre et spécifique: un logo et une appellation (Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes). Tous les documents institutionnels, d'information (courrier, plaquette, convocation), d'hospitalisation (compte-rendu ou clichés, par exemple), de communication (scientifique, médicale), d'identification (badge, enseigne) et tous les autres documents devant porter la « marque » du CHU doivent comporter au minimum l'appellation et le logo.

A.I.4. LES MISSIONS ET OBLIGATIONS DU CHU GRENOBLE ALPES

Le CHU Grenoble Alpes a pour mission de :

- Assurer les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des patients, des blessés et des femmes enceintes ;
- Délivrer des soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile ;
- Participer à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux ;
- Participer à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- Mener, en son sein une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale ;
- Élaborer et de mettre en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à son activité.

Outre les missions ci-dessus, le CHU participe aux missions de service public suivantes :

1. la permanence des soins ;
2. la prise en charge des soins palliatifs ;
3. l'enseignement universitaire et post-universitaire ;
4. la recherche ;
5. le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
6. la formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétences ;
7. les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
8. l'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
9. la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine ;
10. les actions de santé publique ;
11. la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ;
12. les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, ni nécessaire, en milieu hospitalier

13. les soins dispensés aux personnes retenues en application des dispositions du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
14. les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

Le CHU Grenoble-Alpes garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ses missions :

- L'égal accès à des soins de qualité ;
- La permanence de l'accueil et de la prise en charge ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé ;
- La prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale

Tous les cinq ans, le CHUGA détermine un projet d'établissement qui définit, notamment sur la base d'un projet médical, les objectifs généraux de l'institution dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la recherche impliquant la personne humaine, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information. Ce projet, qui doit être compatible avec les objectifs du Schéma Régional de Santé, fixe les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs.

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

Le CHU Grenoble Alpes est un établissement de soins hospitalier et universitaire où, en complément des activités de soins, et dans le respect des usagers, sont organisés à la fois des enseignements médicaux, post-universitaires et paramédicaux ainsi que des activités de recherche médicale, paramédicale et pharmaceutique. Une convention a été signée, dans ce cadre, entre le CHU Grenoble Alpes, l'Université Grenoble Alpes et son Unité de Formation et de Recherche de Médecine.

Le CHU Grenoble Alpes exerce les trois missions suivantes :

A.I.4.1 SOINS

- **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.

- **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- Auvergne Rhône Alpes et du quart Sud Est

Le CHU Grenoble Alpes propose une activité de recours et de proximité complète. Il accueille chaque année de nombreux patients et assure des soins médicaux et chirurgicaux courants et hautement spécialisés. Le CHU Grenoble Alpes accueille en urgences 24 h 24 et 7j /7, l'ensemble des patients.

Le CHU Grenoble Alpes est un établissement de santé publique et participe, avec ses partenaires, à la prévention des risques et la promotion de la santé. Les professionnels s'impliquent quotidiennement dans l'accompagnement des patients et de leur pathologie.

- **Etablissement support du groupement hospitalier de territoire Alpes Dauphiné** et CHU associé aux autres GHT du territoire EST de la région Auvergne Rhône Alpes.

A.1.4.2 Enseignement et formation dans le domaine de la santé.

Le CHU, en partenariat avec l'Université Grenoble Alpes (UGA) et la faculté de médecine et de pharmacie, participe activement à la formation des médecins et des pharmaciens.

A cet effet, il contribue à la formation des internes et étudiants hospitaliers en médecine et en pharmacie et forme les étudiants de ses écoles paramédicales (cadres de santé, infirmiers, infirmiers anesthésistes, puéricultrices, masseurs-kinésithérapeutes, manipulateurs d'électro –radiologie, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers) et de son école de sages-femmes.

A.1.4.3 Recherche

Le CHU dispose d'un fort potentiel dans de nombreux domaines de recherche sur lesquels s'établit sa notoriété scientifique. Il contribue aux progrès des sciences médicales et pharmaceutiques en liaison avec l'ensemble des partenaires de la recherche (facultés, unités d'INSERM, CNRS, Synchrotron...).

La stratégie de recherche est établie en partenariat fort avec l'Université Grenoble Alpes (UGA) et les acteurs du site santé grenoblois.

La Direction de la Recherche et de l'Innovation en Santé du CHU Grenoble Alpes est chargée de l'organisation et de la gestion des activités de recherche au sein du CHU. A cet effet, 3 structures recherches labellisées sont mises en place :

- Une Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI)

- Un Centre d'Investigation Clinique (CIC) avec un module pluri-thématique et un module innovation technologique,
- Un centre de ressources biologiques (CRB)

La réalisation des projets de recherche est accompagnée dans les services cliniques avec l'aide de plus de 190 personnes à l'appui des projets. L'animation de la recherche dans l'établissement est conduite avec le support d'un conseil scientifique de la recherche ; composé de médecins élus et nommés et des représentants des structures de recherche.

La Direction de la Recherche et de l'Innovation en Santé a pour mission de promouvoir des essais cliniques, de développer la recherche clinique, d'organiser l'activité de recherche et d'en assurer la gestion scientifique, administrative et financière conformément aux standards internationaux et à la réglementation en vigueur.

Elle assure un soutien aux cliniciens chercheurs et à tout professionnel désireux de monter un projet de recherche clinique.

Le portefeuille d'activité de la Direction de la Recherche et de l'Innovation couvre à la fois la recherche académique (en promotion interne et externe) et la recherche industrielle.

Elle négocie et gère un volume important de contrats de collaboration de recherche publics et privés.

A.I.5. DEVELOPPEMENT DURABLE

Le CHUGA conscient de son rôle économique et social est engagé dans une démarche de développement durable et de transformation écologique.

Un Comité de Pilotage Développement Durable associant des représentants de la direction, des médecins, des soignants et des représentants des services techniques et logistiques agit pour promouvoir des actions de Développement Durable au sein de l'établissement.

Par ailleurs, le CHUGA, en tant qu'établissement recevant du public, réalise régulièrement un diagnostic de performance énergétique (DPE) lequel renseigne sur la performance énergétique d'un bâtiment par une estimation de sa consommation énergétique et de son taux d'émission de gaz à effet de serre. Ce diagnostic est affiché pendant toute sa durée de validité de 10 ans. L'affichage doit être visible par le public, à proximité de l'entrée principale ou du point d'accueil.

A.1.6. LE GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Le GHT Alpes Dauphiné, dont le CHU est l'établissement support, rassemble les Centres Hospitaliers de Saint-Egrève, Saint Laurent du Pont, Saint-Geoire-en-Valdaine, Rives, Tullins, Uriage et La Mure.

Le GHT doit permettre de développer une stratégie de groupe public et la création d'un projet médical commun afin d'améliorer le service rendu au patient et l'accessibilité territoriale aux soins. Ces éléments sont définis en cohérence avec le projet d'établissement du CHU.

La loi prévoit également la gestion par l'établissement support de plusieurs activités : formation continue, achats, services informatiques, Département de l'Information Médicale.

Le CHU conserve par ailleurs son rôle propre en matière d'innovation, de recherche, de formation et de gestion des effectifs médicaux.

A.1.7. DIRECTION COMMUNE

Le CHUGA est en direction commune avec :

- les Centres Hospitaliers de La Mure, de Saint Laurent du Pont, de Saint-Geoire-en-Valdaine
- les EHPAD de Voreppe et d'Entre-Deux-Guiers

Ces établissements disposent de leurs propres instances et règlements intérieurs. Toutefois, les directeurs adjoints de ces établissements sont invités à participer au Comité de direction du CHUGA.

A.1.8. ACCUEIL DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

L'hôpital a pour mission et devoir d'accueillir, en consultation comme en hospitalisation, tous les patients dont l'état exige des soins hospitaliers, sans discrimination. Son accès est adapté aux personnes qui souffrent d'un handicap, que celui-ci soit physique, mental ou sensoriel.

Le CHUGA a notamment adhéré à la Charte Romain Jacob laquelle constitue un guide éthique d'accès aux soins des patients vivant avec un handicap.

En tant que signataire, il s'engage à promouvoir l'accès des personnes en situation de handicap aux soins courants et spécifiques en milieu ordinaire, quelle que soit la spécialité médicale ou paramédicale. Un COPIL handicap anime cette dynamique interne.

A.1.9 DONNEES PERSONNELLES

La protection des données personnelles est une priorité pour le CHU Grenoble Alpes. L'établissement s'engage à garantir la confidentialité, l'intégrité et la sécurité des données des patients et du personnel, conformément au RGPD, à la loi Informatique et Libertés, et au Code de la santé publique. Les données personnelles, incluant les informations médicales, administratives, génétiques, et biologiques, sont collectées et

traitées pour assurer la prise en charge médicale, la gestion des dossiers, la facturation, et le fonctionnement administratif.

Les personnes concernées ont des droits spécifiques, tels que le droit à l'information, d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement, de portabilité, et d'opposition. Ces droits peuvent être exercés en contactant le Délégué à la Protection des Données (DPO) à l'adresse suivante : protection-donnees@chu-grenoble.fr.

Les durées de conservation des données varient selon leur type, avec des périodes spécifiques pour les dossiers médicaux, les transfusions sanguines, et d'autres catégories, en respectant les exigences légales et les meilleures pratiques. Les données peuvent être transmises à des tiers uniquement dans les cas prévus par la loi, comme pour la coordination des soins ou la facturation.

Pour la recherche médicale, des conditions strictes sont appliquées, incluant la pseudonymisation ou l'anonymisation des données et l'obtention d'autorisations. En cas de violation de données, le CHU s'engage à notifier la CNIL et les personnes concernées dans les meilleurs délais. Le DPO est disponible pour toute question liée à la protection des données personnelles. Pour plus d'informations, il est possible de consulter l'annexe 11 dédiée à la protection des données personnelles.

FICHE A.2. ORGANISATION ADMINISTRATIVE : INSTANCES

A.2.1. LE CONSEIL DE SURVEILLANCE

➤ Composition

Le **Conseil de surveillance** est composé de 15 membres délibératifs désignés pour une durée de cinq ans répartis en trois collèges :

- le collège des collectivités territoriales (5 représentants)
- le collège des personnels médicaux et non médicaux de l'établissement (5 représentants)
- le collège personnalités qualifiées dont deux représentants des usagers (5 représentants) ; deux d'entre elles sont désignées par le Directeur Général de l'ARS, les trois autres dont au moins deux représentants des usagers sont désignées par le préfet.

La durée des fonctions de membre de conseil de surveillance est de cinq ans.

Assistent avec voix consultative aux réunions du conseil de surveillance : Le Directeur général de l'ARS, le Directeur de la CPAM de l'Isère, le représentant des familles des personnes accueillies pour des soins de longue durée ou en EHPAD, le Président de la Commission médicale d'établissement, le Doyen de l'UFR de médecine, le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique du CHU Grenoble Alpes.

Peut également participer aux réunions du conseil de surveillance, avec voix consultative, le maire de la commune où est situé l'établissement public de santé ayant fusionné ou ayant été mis en direction commune avec l'établissement principal ou son représentant.

Peuvent demander à participer aux réunions du conseil de surveillance, avec voix consultative, les parlementaires élus de la circonscription où est situé le siège de l'établissement principal de l'établissement.

Le président du conseil de surveillance est élu pour une durée de cinq ans parmi les membres représentant les collectivités territoriales ou les personnalités qualifiées.

➤ Missions

Le Conseil de Surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il délibère et donne son avis sur les matières qui lui sont attribuées par la Loi.

1° Le projet d'établissement mentionné à l'article et, annuellement, les modalités de sa mise en œuvre au sein de l'établissement et de ses structures, présentées par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement ;

- 2° La convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article [L. 6142-5](#) ;
- 3° Le compte financier et l'affectation des résultats ;
- 4° Tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
- 5° Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;
- 6° Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
- 7° Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;
- 8° Les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L. 6145-7 ;
- 9° Le plan pluriannuel d'investissement.

Il donne son avis sur :

- L'état des prévisions de recettes et de dépenses, le plan global de financement pluriannuel ainsi que le programme d'investissement ;
- La charte de gouvernance mentionnée au III de l'article L. 6143-7-3 ;
- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés à [l'article L. 6148-2](#) ;
- La participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire ;
- Le règlement intérieur de l'établissement.

Le conseil de surveillance se voit présenter annuellement :

- a) Les observations du directeur général de l'agence régionale de santé sur l'état de santé de la population du territoire et sur l'offre de soins disponible sur ce dernier ;
- b) Les actions universitaires, d'enseignement et de recherche menées par le centre hospitalier universitaire avec lequel l'établissement a conclu une convention au titre de l'article L. 6142-5 ;

c) Le bilan, élaboré conjointement par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement, des actions mises en œuvre par l'établissement pour améliorer l'accès aux soins et la gradation des soins, en lien avec la politique du groupement hospitalier de territoire.

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

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

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

Le conseil de surveillance est informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'agence régionale de santé et l'établissement ainsi que de ses modifications.

➤ **Fonctionnement**

Il se réunit sur convocation de son Président au moins 4 fois par an, et davantage si nécessaire, à la demande du tiers de ses membres.

A.2.2. LE DIRECTOIRE

➤ **Missions**

Le Directoire, présidé par le Directeur général, approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques. Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Cette instance de dialogue éclaire en amont les décisions du Président du Directoire, en assure le relais, et en facilite la déclinaison au niveau des pôles.

Conformément aux dispositions du Code de Santé Publique, le Directoire est saisi, par son président pour concertation préalable sur des sujets relatifs à la stratégie de l'établissement, aux affaires financières, au patrimoine et aux coopérations ainsi qu'à des questions touchant à l'organisation interne de l'établissement, aux ressources humaines, à l'organisation du travail ainsi qu'à la politique de la qualité et de la sécurité des soins.

➤ **Composition et fonctionnement**

Le Directoire se réunit au moins huit fois par an.

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

Il est composé de 11 membres, 5 membres de droit et 4 membres nommés par le président du Directoire.

Cette nomination se fait après information du Conseil de Surveillance et sur proposition du président de la CME et du directeur de l'UFR (ou du président du Comité de coordination de l'enseignement médical) pour les membres qui appartiennent aux professions médicales.

En sont membres de droit, outre le Directeur général :

- Le Président de la CME, premier vice-président
- Le directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine de l'Université Grenoble Alpes, vice-président du doyen
- Le vice-Président chargé de la Recherche
- Le président de la commission des Soins infirmiers, de Rééducation et Médicotechnique

En outre, un représentant des usagers siège avec voix consultative.

Par ailleurs, des membres du personnel de l'établissement sont invités permanents du directoire.

A.2.3. LE (LA) DIRECTEUR (DIRECTRICE) GENERAL (E)

➤ Missions

Le Directeur général conduit la politique générale de l'établissement.

Il assure la présidence du Directoire. Après concertation avec cette instance, il est compétent pour :

1° Conclut le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

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

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

4° Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques en ce qui concerne les équipements médicaux et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;

5° Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses et le plan global de financement pluriannuel, après avis du conseil de surveillance ;

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

7° Arrête l'organisation interne de l'établissement. S'agissant des activités cliniques et médico-techniques, le directeur et le président de la commission médicale d'établissement arrêtent conjointement l'organisation interne et signent conjointement les contrats de pôle d'activité

8° Peut proposer au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier de la présente partie ou des dispositifs d'appui à la coordination et des dispositifs spécifiques régionaux mentionnés aux articles L. 6327-2 et L. 6327-6 ;

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

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

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

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

13° Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;

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

15° Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement

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

17° Soumet au conseil de surveillance les prises de participation et les créations de filiale

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

Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.

Le Directeur Général dispose d'une compétence générale dans la conduite de l'établissement. Il participe aux séances du Conseil de surveillance et exécute ses délibérations.

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

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

Le Directeur Général est secondé par un Directeur Général Adjoint et est assisté par une équipe de directeurs, responsables, sous son autorité, du fonctionnement d'un ou plusieurs pôles administratifs ou logistiques, ou délégués d'un ou plusieurs pôles d'activité clinique ou médicotechnique, en application de l'organigramme de Direction et de la délégation de signature.

A.2.4. LE (LA) PRESIDENT (E) DE LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Le président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) est le vice-président du Directoire, il est également membre à titre consultatif du Conseil de surveillance de l'établissement et membre du comité stratégique du site santé CHUGA-UGA.

➤ Missions

- Il coordonne en lien avec le directeur, l'élaboration et la mise en œuvre du projet médical de l'établissement, en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical de l'établissement et le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire.
- Il coordonne la politique médicale de l'établissement.
- Conjointement avec le directeur de l'établissement et après concertation avec le directoire, il :
 - Définit la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.
 - Arrête l'organisation interne de l'établissement pour les activités cliniques et médico techniques.
 - Signe les contrats de pôle cliniques ou médico techniques précisant les objectifs et les moyens du pôle.
- Conjointement avec le directeur de l'établissement et le doyen de l'UFR, il procède à la nomination et met fin aux fonctions¹ des coordonnateurs de pôle d'activité clinique et médico technique, après avis des chefs de service.
- Conjointement avec le directeur de l'établissement, il procède à la nomination et met fin aux fonctions ¹ des chefs de services après avis de l'équipe du service.
- Il détermine l'ordre du jour de la CME qui en cas d'empêchement est établi par le Vice-Président.

Le président de la CME tient la commission régulièrement informée de l'exercice de ses missions et attributions.

Une charte de gouvernance de la commission médicale d'établissement est signée avec le directeur de l'établissement, elle prévoit notamment :

1° Les modalités de participation du président de la commission médicale d'établissement aux échanges avec des autorités ou organismes extérieurs qui concernent l'établissement ;

2° Pour les activités relevant des compétences de la commission médicale d'établissement, les modalités de fonctionnement retenues pour les relations entre le président de la commission médicale d'établissement et les directions fonctionnelles ;

3° Les moyens matériels et humains mis à la disposition du président de la commission médicale d'établissement pour assurer ses missions.

A.2.5. LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT (CME)

➤ Composition

Membres avec voix délibérative :

- L'ensemble des coordonnateurs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques lorsque l'établissement compte moins de onze pôles ; lorsque le nombre de pôles est supérieur ou égal à onze, le règlement intérieur de l'établissement détermine le nombre de représentants élus par et parmi les coordonnateurs de pôle, ce nombre ne pouvant être inférieur à dix
- Des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles
- Des représentants élus des personnels enseignants et hospitaliers titulaires de l'établissement
- Des représentants élus des praticiens hospitaliers titulaires de l'établissement
- Des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement
- Des représentants élus des sages-femmes
- Des représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un pour les internes de médecine des autres spécialités, un pour les internes de pharmacie et un pour les internes en odontologie ;
- Des représentants des étudiants hospitaliers comprenant un représentant pour les étudiants hospitaliers en médecine, un représentant pour les étudiants hospitaliers en

pharmacie, un représentant pour les étudiants hospitaliers en odontologie et un représentant pour les étudiants en second cycle des études de maïeutique.

Membres invités

Assistent, en outre, à titre consultatif :

- Le président du directoire ou son représentant
- Le Doyen de l'UFR de médecine
- Le Doyen de l'UFR de pharmacie
- Les coordonnateurs de pôle non élus
- Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- **Un représentant de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques**
- Le praticien responsable de l'information médicale
- Le représentant du comité social d'établissement, élu en son sein
- Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
- Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur de l'établissement
- Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins
- Le président du Syndicat des assistants
- Le responsable du service de santé au travail
- Le président de la commission des usagers
- Le Président de la commission évaluation des pratiques professionnelles
- La sage-femme coordonnatrice en maïeutique

Le président du Directoire peut se faire assister de toute personne de son choix.

➤ Missions

Dans chaque établissement public de santé, la commission médicale d'établissement élabore la stratégie médicale de l'établissement et de son projet médical en lien avec le projet médical partagé du groupement. Elle participe à leur mise en œuvre.

Elle contribue à la définition de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la pertinence et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; elle propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des usagers.

La CME est consultée sur les matières sur lesquelles le CSE est également consulté, c'est à-dire :

- 1° Les projets de délibération relatifs au projet d'établissement
- 2° Les orientations stratégiques de l'établissement, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, le programme d'investissement, le plan pluriannuel d'investissement ainsi que le plan global de financement pluriannuel ;
- 3° Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 ;
- 4° L'organisation interne de l'établissement. A ce titre, la commission se prononce notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation de l'établissement ;
- 5° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- 6° La gestion prévisionnelle des emplois et compétences, s'agissant des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- 7° La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire ;
- 8° Le projet de décision relative à la libre organisation du fonctionnement médical et de dispensation des soins mentionnée à l'article L. 6146-1-2 ou de décision relative à la libre organisation du fonctionnement médical, des soins et de la gouvernance mentionnée à l'article L. 6149-1 ;
- 9° Les modalités de participation et d'expression des personnels au fonctionnement des structures lorsque sont mises en œuvre les dispositions du premier alinéa de l'article L. 6146-1-2 et du premier alinéa de l'article L. 6149-1.

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

- La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;
- La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;
- La politique d'accueil et de formation des étudiants de deuxième et troisième cycles des études médicales ;
- La politique de recrutement des emplois médicaux ;
- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- La mise en œuvre de l'une des actions mentionnées au III de l'article L. 6112-2.
- Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;
- Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- L'organisation des parcours professionnels et l'accompagnement des personnels tout au long de la carrière. A ce titre elle donne un avis sur la politique de formation tout au long de la vie ;
- Le schéma directeur des systèmes d'information et sa mise en œuvre.

Elle est informée sur:

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

La commission médicale d'établissement peut faire au président du directoire des propositions sur les matières suivantes :

- 1° Toute opération liée à la mise en œuvre du projet médical, ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation de celui-ci ;
- 2° Le programme d'actions relatif à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, en cohérence, si l'établissement est partie à un groupement hospitalier de territoire, avec la politique territoriale du groupement en la matière ;
- 3° Le programme d'actions de mise en œuvre du projet managérial pour son volet relatif aux personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- 4° Lorsque l'établissement est partie à un groupement hospitalier de territoire, la déclinaison des orientations stratégiques du groupement en matière notamment d'attractivité des professionnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- 5° Le programme d'actions de mise en œuvre de la politique de coopération hospitalière, y compris pour la coopération avec les partenaires de ville, en particulier les communautés professionnelles territoriales de santé ;
- 6° Le programme d'actions de mise en œuvre du projet social, pour son volet relatif aux personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- 7° La mise en œuvre des conventions d'association avec les groupements hospitaliers de territoire.

- Règlement intérieur de la CME en Annexe

A.2.6. LE COMITE SOCIAL D'ETABLISSEMENT (CSE)

➤ **Composition**

Le comité social d'établissement est une instance consultative qui vise à associer les personnels hospitaliers non médicaux à la gestion de l'établissement.

Le CSE est présidé par le chef d'établissement ou son représentant, membre du corps des personnels de direction de l'établissement.

Les membres de droit du CSE sont au nombre de 15 membres titulaires, avec voix délibérative, représentant le personnel non médical.

La répartition des sièges dévolus aux organisations syndicales est calculée à partir du nombre de voix obtenues par chaque liste syndicale aux élections professionnelles au Comité Social d'Etablissement.

Le CSE élit parmi ses membres titulaires, un secrétaire et un secrétaire suppléant et fixe la durée de leurs mandats.

Il élit un représentant siégeant avec voix consultative à la CME et un suppléant.

Il élit également un représentant à la Commission des Usagers (CDU) et un suppléant.

Un représentant de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), participe avec voix consultative.

Le CSE compte également parmi ses membres, des invités permanents, que sont les personnels médicaux et non médicaux du service de santé au travail. A ce titre, ils reçoivent les convocations, ordres du jour et documents relatifs aux séances. Ils peuvent participer aux débats mais ne détiennent pas de voix lors des votes.

➤ Missions

Le CSE est consulté sur :

1⁰ Le règlement intérieur de l'établissement ;

2⁰ Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 du code de la santé publique ; 3⁰ Le plan global de financement pluriannuelle ;

4⁰ L'accessibilité des services et la qualité des services rendus à l'exception de la qualité des soins et des questions qui relèvent de la compétence de la commission médicale d'établissement, de la commission des usagers et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques ;

5⁰ L'organisation interne de l'établissement mentionnée à l'article L. 6143-7 du code de la santé publique ;

6⁰ Les projets de réorganisation de service ;

7⁰ La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la politique générale de formation du personnel, y compris le plan de formation ;

8⁰ Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique ;

9⁰ Les projets d'aménagements importants modifiant les conditions de santé, de sécurité et les conditions de travail lorsqu'ils s'intègrent dans le cadre d'un projet de réorganisation de service ; 10⁰ Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants.

Le CSE est informé chaque année sur :

- La situation budgétaire de l'établissement ;
- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- Le budget prévu à l'article L. 6145-1 du même code,
- Les décisions mentionnées au 8' de l'article L.6143-7 du même code

Le CSE débat chaque année sur :

- La programmation des travaux de l'instance ;
- L'évolution des politiques des ressources humaines lors de la présentation du rapport social unique.

A.2.7. FORMATION SPECIALISEE EN MATIERE DE SANTE, SECURITE ET CONDITIONS DE TRAVAIL (F3SCT)

➤ Missions

La F3SCT est consultée sur :

- Les projets d'aménagement importants modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail (hors projets en lien avec une réorganisation de service qui sont examinés directement par le CSE)
- Les projets importants d'introduction de nouvelles technologies ;
- L'organisation des plans détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles (type « plans blancs »)
- La mise en Œuvre des mesures prises en vue de faciliter le maintien au travail des accidentés du travail et des travailleurs handicapés, notamment sur l'aménagement des postes de travail; - Le bilan annuel de la situation générale de l'établissement en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail, ainsi que sur les actions menées ;
- Le programme de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail établi à partir de l'analyse contenue dans le rapport social unique ; - La teneur de tous les règlements et consignes se rattachant à sa mission.

La F3SCT est informée :

- Des visites et des observations de l'agent de contrôle de l'inspection du travail ainsi que les réponses de la Direction à ces observations.

Elle est aussi appelée à :

- Organiser et procéder à des visites régulières de services
- Procéder à des enquêtes en cas d'accident de service grave ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel grave, ou présentant un caractère répété ;
- Faire appel à des expertises en cas d'accident de service grave ou en cas de projet important modifiant les conditions de santé, sécurité, conditions de travail lorsqu'il ne s'intègre pas dans un projet de réorganisation de service
- Alerter la Direction en cas de Danger grave et imminent pour la santé ou la sécurité des agents (registre de DGI prévu à l'article D.4132-1 du Code du travail)
- Examiner les questions relatives à la protection de la santé physique et mentale, à l'hygiène, à la sécurité des agents dans leur travail, à l'organisation du travail (hors réorganisation de service), au télétravail, aux enjeux liés à la déconnexion et aux dispositifs de régulation de l'utilisation des outils numériques, l'amélioration des conditions de travail et aux prescriptions légales y afférentes ;
- Promouvoir la prévention des risques professionnels et proposer des mesures de nature à améliorer la santé et la sécurité au travail
- Coopérer à la préparation d'actions de formation à la santé et à la sécurité et veiller à leur mise en œuvre
- Participer à la mise à jour Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP).

➤ **Composition**

La F3SCT est présidée par le Président du CSE ou son représentant.

Elle est composée de :

- 15 représentants du personnel titulaires ayant voix délibérative.

Le nombre de sièges de chaque organisation syndicale est proportionnel au nombre de sièges obtenu au comité

- 2 représentants de la Commission Médicale d'Etablissement (CME)

Ces représentants sont élus par un vote de la CME.

La F3SCT compte également parmi ses membres, des invités permanents, que sont les personnels médicaux et non médicaux du service de santé au travail et un représentant du service d'hygiène. A ce titre, ils reçoivent les convocations, ordres du jour et documents relatifs aux séances. Ils peuvent participer aux débats mais ne détiennent pas de voix lors des votes.

Sont également conviés les représentants de l'administration en charge des dossiers concernés par l'ordre du jour.

A.2.8.LA COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICOTECHNIQUE : (CSIRMT)

➤ **Composition**

La CSIRMT vise à associer les acteurs du soin à la conduite générale de la politique de l'établissement. Elle est plus spécifiquement consultée sur l'organisation générale des soins, la recherche, la formation et l'évaluation des professionnels, ainsi que sur les thématiques de qualité et de sécurité des soins.

Cette commission, présidée par le coordonnateur général des soins, membre de l'équipe de direction et du directoire, est composée de 37 membres représentant les 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, pédicures, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes ; ainsi qu'un représentant de la commission médicale d'établissement.

➤ **Compétences**

La commission est consultée pour avis sur toutes les questions relatives à l'organisation des soins :

- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le Coordonnateur Général des Soins ;
- L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des patients ;
- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;
- Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

La politique de développement professionnel continu.

Elle est informée sur :

- Le présent règlement intérieur ;
- La mise en place de la procédure concernant la participation des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral ;
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

A.2.9. LA COMMISSION DES USAGERS (CDU)

➤ Missions

La Commission des Usagers a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients.

La Commission facilite les démarches des usagers et veille à ce que les personnes puissent exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes.

La Commission établit un rapport annuel transmis aux instances de l'établissement : Conseil de surveillance, CME, CSE et CSIRMT. Ce rapport doit inclure les propositions formulées par la commission visant à améliorer le fonctionnement régulier de l'établissement, ainsi que la qualité des relations engagées avec les usagers. Ce rapport est transmis à l'agence régionale de santé.

La commission participe à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers.

La commission est consultée sur l'organisation des parcours de soins et sur la politique de qualité et de sécurité des soins élaborée par la commission médicale d'établissement.

La commission peut se saisir de toute question relative à la politique de qualité et de sécurité.

Au moins une fois par an, la commission des usagers a connaissance, à travers une présentation qui lui est faite, des événements indésirables graves survenus au cours des douze mois précédents ainsi que des actions menées par l'établissement pour y remédier.

La commission recueille également au moins une fois par an les observations des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement.

En vue de l'élaboration du projet d'établissement et après avoir consulté les associations bénévoles ainsi que l'ensemble des représentants des usagers, la commission peut proposer un projet des usagers exprimant les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité et de la prise en charge. La commission médicale d'établissement ou la

conférence médicale d'établissement contribue à son élaboration. Il est transmis par la commission des usagers au représentant légal de l'établissement.

➤ **Composition**

La Commission des usagers est composée comme suit :

- Le représentant légal de l'établissement ou de la personne qu'il désigne à cet effet
- Deux représentants des usagers, et leurs suppléants
- Deux médiateurs (médecin et non médecin), et leurs suppléants
- Un représentant du Président de la Commission Médicale d'Etablissement
- Un représentant du personnel et son suppléant choisis par les membres du Comité Social d'Etablissement
- Un représentant du Conseil de surveillance et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées
- Un représentant de la commission des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques et son suppléant désignés par le Directeur des soins infirmiers

Sont invités permanents :

- Le Directeur de la Qualité
- Des représentants des patients nommés par la CDU.

Le président de la commission des usagers est élu pour un mandat de trois ans renouvelable deux fois, par l'ensemble des membres composant la commission.

Sont éligibles à la présidence de la commission des usagers :

- Le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet ;
- Les deux médiateurs membres de la commission ;
- Les deux représentants des usagers ;

Un vice-président est élu dans les mêmes conditions et parmi les mêmes membres de la commission des usagers. Cependant, le vice-président est issu d'une autre de ces catégories de membres que celle du président.

A.2.10. LE COMITE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES (CLIN)

Il organise et coordonne une surveillance continue des infections dans l'établissement. Le CLIN a également pour mission de promouvoir les actions de formation et d'évaluation du personnel dans la lutte contre la transmission des infections en milieu hospitalier et leur surveillance.

A.2.11. LE COMITE DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR (CLUD)

Le CLUD, est une instance pluri professionnelle, en charge du **pilotage de la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur** au travers de plusieurs axes :

- Protocoles et procédures,
- Formation des professionnels,
- Evaluation des pratiques et suivi des indicateurs.

A.2.12. LE COMITE DE LIAISON EN ALIMENTATION ET EN NUTRITION (CLAN)

Le CLAN, en lien avec la CME, est une structure consultative participant par ses avis ou propositions à une triple mission :

- de conseil pour l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des patients,
- de conseil pour l'amélioration de la qualité de l'ensemble de la prestation alimentation-nutrition
- d'impulsion d'actions adaptées à l'établissement destinées à résoudre des problèmes concernant l'alimentation ou la nutrition.

A.2.13. LE COMITE CONSULTATIF D'ETHIQUE CLINIQUE (CCEC)

Le Comité consultatif d'éthique clinique est composé d'une trentaine de membres volontaires, professionnels de santé du CHUGA et extérieurs, représentants des patients, universitaires spécialisés en droit de la santé, sociologie de la santé, éthique fondamentale. Il examine, à la demande des équipes, les situations complexes dont les enjeux éthiques sont importants pour le patient, ses proches, les soignants et les médecins en charge de son cas. Le Comité s'informe précisément de la situation et, au terme de ses débats, il signale les tensions éthiques en jeu, les valeurs qu'il recommande de promouvoir et il donne un avis consultatif susceptible d'éclairer les décisions médicales sans aucunement s'imposer à elles. Les membres du comité sont tenus par l'obligation de confidentialité.

Réuni mensuellement, le comité peut également être saisi en urgence : il siège alors en formation restreinte et rédige son avis sous 72h après le dépôt de la demande.

Le Comité rend compte annuellement de son activité à la Commission médicale d'établissement (CME).

Le comité fait partie de l'espace éthique du CHUGA.

L'Espace Ethique du CHUGA regroupe :

- ▶ Le Comité Consultatif d'Ethique Clinique (CCEC),
- ▶ le Groupe Pluri-Professionnel Droits des patients en fin de vie (GPP DDP),
- ▶ les différentes structures éthiques de pôles/service.

Coordonné par un bureau, l'Espace Ethique du CHUGA a pour missions de :

- ▶ Permettre, sur l'initiative des professionnels, la constitution de groupes organisés autour d'une question d'éthique soulevée par leur pratique
- ▶ Promouvoir la formation initiale, continue et universitaire en éthique de la santé.
- ▶ Développer des liens avec les différentes structures d'éthiques au plan régional, national, et international.

A.2.14. LA COMMISSION D'ANALYSE ET DE PREVENTION DES SITUATIONS DE VIOLENCES (CAPSAV)

La Commission d'Analyse et de Prévention des Situations de Violence a pour objectif principal de mener l'analyse des situations de violences, pour en tirer des enseignements en terme de prévention.

Cette analyse permet d'appréhender le phénomène violence au CHUGA c'est-à-dire de le décrire dans son état instantané, de décrire son évolution et de fournir des chiffres significatifs qui sont notamment déclarés à l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS).

Elle permet également d'agir pour la prévention sur le terrain en favorisant l'accompagnement des victimes, des agents hospitaliers et des équipes et en proposant des solutions pour éviter la répétition.

La CAPSAV restreinte se réunit de manière hebdomadaire.

La CAPSAV se réunit en formation plénière au moins deux fois par an.

FICHE A.3. ORGANISATION DES SOINS

A.3.1. LES STRUCTURES MEDICALES

L'organisation des structures médicales relève d'une décision du Directeur Général prise après avis du Président de la Commission Médicale d'Etablissement et du Doyen de la faculté de médecine. Elle fait systématiquement l'objet d'une préparation conjointe entre la Commission Médicale d'Etablissement et est soumise à la concertation du Directoire.

La structuration médicale du CHUGA repose sur les services.

- Le service est la structure de prise en charge pour une spécialité ou une discipline universitaire. Il assure des missions de soins, de formation et de recherche dans le domaine de la spécialité. Il est le plus souvent organisé en unités médicales, définies par une fonction au sein de la spécialité et par une équipe soignante ou médicotechnique.
 - L'unité médicale est le niveau recommandé pour le management de proximité. Elle est gérée par un responsable médical d'unité et un cadre de proximité.
- Le pôle

Le pôle est une instance de coordination des services qui le composent dans l'objectif de contribuer au projet médico-soignant et managérial du CHUGA et à sa mise en œuvre.

A.3.1.1. Services

Les services constituent l'échelon de référence en matière d'organisation, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement de proximité des équipes médicales et paramédicales, d'encadrement des internes et étudiants en santé ainsi qu'en matière de qualité de vie au travail.

Ils sont rattachés à un seul pôle.

Ils sont dirigés par un chef de service, en étroite collaboration avec le cadre de santé.

Les services sont définis comme les structures de prise en charge par discipline universitaire, et sont identifiés par leur fonction et leur organisation.

Ils sont rattachés à un seul pôle.

➤ **Nomination des chefs de service :**

Le mandat de chef de service fait l'objet d'un appel à candidature ouvert à l'ensemble des praticiens titulaires du service. Le chef de service est nommé par décision conjointe du Directeur Général et du Président de la Commission Médicale d'Etablissement après avis de l'équipe du service et de la CME pour une durée de 4 ans renouvelable une fois.

Le cumul avec la mission de coordination de pôle n'est pas recommandé.

Il est recommandé de désigner au moins un adjoint au chef de service en constituant, lorsque cela est possible, des binômes « praticien hospitalier » et « praticien bi-appartenant hospitalier et universitaire ».

➤ **Missions du chef de service**

Le chef de service coordonne la bonne réalisation des missions suivantes avec les responsables médicaux et les cadres de proximité du service :

- Est responsable du projet de service qui doit s'inscrire dans les orientations du projet médico-soignant d'établissement ;
- Anime avec les responsables d'unité et les cadres de proximité la vie du service dans toutes ses composantes : médicale, paramédicales, administrative (secrétariat) et hôtelière. Il doit s'assurer notamment de la bonne synchronisation des temps médicaux et des temps soignants ;
- Coordonne les équipes pour assurer le bon fonctionnement du service ;
- Est en charge de l'organisation opérationnelle de la permanence des soins ;
- Sollicite autant que nécessaire les référents/facilitateurs de pôle dans chaque direction support
- Elabore la politique territoriale de soins en lien avec ses collègues des CH, des cliniques et des cabinets libéraux ;
- Organise des réunions régulières de service où sont discutées les problématiques du quotidien avec les responsables médicaux et leurs binômes cadres de proximité: staff, réunions bibliographiques, réunions d'analyse des pratiques, comité de retour d'expérience, analyse d'un incident [Retex], groupe de travail sur un problème, sur un projet...il veille à l'utilité et à l'efficacité de ces réunions ;
- Organise des formations en interne pour les soignants ;
- Promeut l'engagement de membres de son équipe médico soignante dans les commissions, groupes de travail transversaux ou de l'institution et s'assure de la nomination de responsables CLIN, CREX, CLAN, CLUD... ;

- Organise un ou 2 conseils de service par an ou chaque fois que nécessaire. Le conseil de service est composé de chaque métier médical, non médical et administratif du service, selon une composition adaptée à chaque service. Chaque représentant se fait le relais de ses pairs en amont et en aval du Conseil de service ;
- Examine les recettes et les dépenses du service dans le cadre du dialogue de gestion, organisé au niveau du pôle ou du service en fonction des dossiers traités ;
- Réalise les entretiens professionnels médicaux, si besoin avec la présence d'un tiers, ou les délègue aux responsables médicaux pour les plus grosses structures ; propose les recrutements médicaux en concertation avec l'équipe médicale en lien avec CME et DAM, établit les fiches de postes des personnels médicaux, établit et communique l'organigramme de service ;
- Participe au recrutement des cadres du service ;
- En lien avec le ou les responsable(s) universitaire(s) de la discipline (enseignement, recherche, communication scientifique...) s'assure que l'animation universitaire de son service soit réalisée
- S'assure du bon fonctionnement de l'équipe de recherche clinique ;
- S'assure que l'accueil des nouveaux professionnels soit réalisé.

Il est recommandé que certaines missions soient déléguées à un ou plusieurs praticiens du service (qui peuvent être adjoints ou responsables d'unité médicale).

➤ Fonctionnement du service, chaque service doit comporter :

- Un chef de service
- Un cadre de santé
- Un projet de service
- Une charte de management/fonctionnement médical
- Un conseil de service
- Une circulation de l'information fluide: le chef de service explique les projets de l'établissement et de la gouvernance aux personnels mais fait aussi remonter les informations au pôle dont il dépend.
- Un tableau de service du personnel médical et paramédical

A.3. 1.2. Missions de l'unité fonctionnelle médicale ou médico technique

Cette partie fera l'objet d'une rédaction ultérieure.

➤ Regroupement en pôles

Le pôle est une instance de coordination des services qui le composent dans l'objectif de contribuer au projet médico-soignant et managérial du CHUGA et à sa mise en œuvre. Le coordonnateur de pôle devra travailler en concertation étroite et permanente avec les chefs de service et leurs équipes. Il coordonne l'ensemble des services qui constituent le pôle en lien étroit avec le cadre supérieur de santé et le directeur délégué.

Le management doit être démocratique et participatif.

Le rôle de l'équipe de pilotage n'est pas le management de proximité. Elle doit connaître les projets priorités par chaque service et favoriser les discussions transversales autour de ces projets dans un but d'efficacité, d'émulation, de faisabilité.

Le pôle ne doit pas réduire le rôle des instances des différents services qui le constituent.

- Nomination des coordonnateurs de pôle

Le mandat de coordonnateur de pôle fait l'objet d'un appel à candidature ouvert à l'ensemble des praticiens titulaires du pôle. Le coordonnateur de pôle est nommé par décision conjointe DG/PCME/Doyen, après avis des chefs de services pour une durée de 4 ans renouvelable une fois.

Le cumul avec la mission de chef de service n'est pas recommandé. Il est recommandé de désigner au moins un adjoint au coordonnateur de pôle en constituant, lorsque cela est possible, des binômes « praticien hospitalier » et « praticien bi-appartenant hospitalier et universitaire ».

- Missions des coordonnateurs de pôle

Le coordonnateur de pôle doit être le garant de la bonne réalisation des missions suivantes en synergie avec le cadre supérieur de santé et le directeur délégué du pôle :

- Identifie et anime les éventuels projets de recherche, de soin et d'enseignement communs et fédérateurs pour les services du pôle ;
- Travaille à l'harmonisation des pratiques managériales des différents services, dans le cadre posé par le projet managérial ;
- S'assure que l'élaboration et la coordination territoriale de la politique de soins soient réfléchies pour chaque service qui constitue le pôle, notamment la gradation des soins, la collaboration avec la ville, les patients et les usagers ;

- Organise des réunions régulières de pôle (avec les chefs de service et les cadres) pour : une bonne coordination des informations et de la communication (en intra et extra, notamment avec les tutelles), favoriser la concertation interne entre les services qui constituent le pôle, animer la réflexion sur les nouveaux métiers et organisations... ;
 - Assure le suivi des indicateurs de pilotage du pôle en concertation étroite avec l'ensemble des services qui le composent (activité, moyens, qualité, gestion des risques, pertinence des prescriptions...) et le dialogue de gestion avec la gouvernance ;
 - Examine le budget du pôle. Pour les pôles volontaires, cela peut aller jusqu'à une délégation de gestion ;
 - Gère les enveloppes déléguées aux pôles en lien avec les binômes chefs de services / cadres de santé ;
 - Participe au processus de recrutement du cadre supérieur de santé et du cadre de gestion ;
 - Identifie les problématiques des services qui ne peuvent être gérées en interne pour aider les chefs de service à les faire remonter à la gouvernance et aide à l'élaboration des projets selon les demandes des équipes ;
 - Participe aux adaptations et au redéploiement des moyens quand la situation le nécessite y compris pour la continuité des soins ;
- Peut aider à gérer les problèmes de fonctionnement et RPS qui n'ont pas pu être résolus au niveau du service ;
- Organise, à l'échelle du pôle, des temps d'interaction avec les entités transversales de l'institution : préparation de la commission des achats des gros équipements (recueil et priorisation des besoins de chaque service), de la commission des grands travaux, du service qualité.
- Il est recommandé que certaines missions soient déléguées à un ou plusieurs praticiens du pôle.

A.3.2. LA PERMANENCE DES SOINS ET LA CONTINUITE DES SOINS MEDICAUX

L'organisation médicale mise en place a pour objet d'assurer la permanence des soins.

La permanence des soins et la continuité des soins du CHUGA ont pour but d'assurer tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, la prise en charge des patients admis en urgence (permanence des soins) et la sécurité des patients hospitalisés dans les différents sites de l'établissement (continuité des soins).

Par ailleurs, l'établissement est organisé de façon à prendre en charge les urgences vitales qu'elles concernent les patients, les professionnels et les visiteurs (procédure SIERRA) :

- Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.
- Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.
- La formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel et aux premiers gestes de secours est assurée.

Organisation de la permanence des soins

L'organisation des activités et du temps de présence médicale et pharmaceutique est préparée par le Directeur avec la Commission de l'organisation de la permanence des soins, après consultation des chefs de pôle et des responsables de structures. Elle est arrêtée annuellement par le Directeur, après avis de la CME en tenant compte de la nature, de l'intensité des activités et du budget alloué à l'établissement.

Dans le cadre de l'organisation en pôles, il est prévu que le contrat de pôle précise le rôle du coordonnateur de pôle dans les domaines de la gestion des tableaux de service des personnels médicaux et de l'organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique.

Afin d'assurer la continuité des soins, l'organisation du temps de présence médicale et pharmaceutique établie en fonction des caractéristiques propres aux différentes structures est arrêtée annuellement par le Directeur après avis de la CME. Un tableau de service établi sur cette base, est arrêté mensuellement par le Directeur sur proposition du coordonnateur de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou d'une autre structure interne.

Les chefs de services veillent à l'accessibilité des tableaux de gardes et d'astreintes au sein de leur service pour toute personne en ayant besoin, ainsi que des numéros de téléphone ou bip des médecins, pharmaciens ou internes concernés.

Les chefs des services dont les praticiens ou internes participent à la permanence des soins dans les services des urgences du CHUGA, organisent la permanence des soins dans leur service en répartissant équitablement la charge de travail des différentes lignes de gardes et astreintes auxquelles sont soumis les praticiens et les internes, et en intégrant les périodes de récupération dans leur tableau de service.

Les absences inopinées d'un médecin, d'un pharmacien ou d'un interne ou d'un externe devant être d'astreinte ou de garde dans les spécialités sont gérées de façon interne aux services.

Pour le service des urgences Adultes Nord, le règlement intérieur de la demi-garde senior validé en 2021 après avis de la CCOSPP s'applique pour tout médecin des spécialités médicales identifiées dans le règlement interne de la demi-garde.

Pour la garde d'internes de spécialité non urgentistes, aux urgences adultes, le règlement intérieur de la garde des internes aux urgences s'applique également.

Le logiciel de gestion du temps médical, (GT-Med) déployé dans l'ensemble des services, est obligatoirement utilisé pour la déclaration des gardes et des astreintes, ainsi que des absences, conformément à la charte d'utilisation. Il est obligatoirement utilisé pour le suivi du temps de travail des internes (tableau de service pour la présence de jour et la participation à la permanence des soins) et notamment le suivi des demi-journées de stage clinique et de formation dans le respect de la réglementation en vigueur.

Devoirs des médecins, pharmaciens, internes et étudiants

Tous les pharmaciens, médecins, internes et étudiants doivent remplir leurs obligations de permanence des soins conformément à leur statut tel que défini par la loi. Les dérogations prévues par la loi sont mises en œuvre au cas par cas : les praticiens peuvent ainsi être dispensés par le directeur de leur participation à la permanence des soins de nuit :

A compter de l'âge de 60 ans, pour les praticiens qui présentent une demande motivée et sous réserve des nécessités de service sur avis du responsable de la structure et de la commission de la permanence des soins ; pour les femmes enceintes à compter du troisième mois de grossesse, et pour les praticiens dont l'état de santé le nécessite après avis du médecin du travail.

Le service relatif à la permanence des soins est organisé sur place ou par astreinte pouvant donner lieu à déplacement. Le praticien d'astreinte doit être joignable en permanence (à son domicile ou dans un lieu de son choix), répondre à tout appel et pouvoir intervenir dans les plus brefs délais.

Chaque pharmacien, médecin et interne et externe s'engage à donner ses coordonnées téléphoniques et à signaler tout changement dans les 24h à la Direction des Affaires Médicales et à son chef de service. Chaque pharmacien, médecin et interne et externe veille à signaler tout changement de garde ou d'astreinte.

Le praticien effectuant une astreinte doit transmettre au directeur, l'heure des appels reçus, les heures d'arrivée et de départ de l'hôpital, renseigner les motifs précis de déplacement. Ces informations sont déclarées uniquement sous format informatique, par le biais du logiciel de gestion du temps au plus tard, le mois du déplacement. Les déclarations de déplacements d'astreinte sont validées par le chef de service dans le logiciel GT-Med dans le délai d'un mois maximum. Aucune déclaration papier ne sera prise en compte, aucune déclaration hors délai ne sera prise en compte.

Tous les praticiens du CHU sont tenus, par ailleurs, de répondre aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents conformément au plan d'organisation du système hospitalier en cas d'afflux massif de victimes ou de crise exceptionnelle (Plan de Gestion des Tensions Hospitalières et des Situations Sanitaires Exceptionnelles PGTHSSE).

Chaque praticien, interne ou externe est responsable de ses obligations de permanence des soins : c'est à lui qu'incombe en priorité la tâche de trouver un remplaçant en cas d'absence. En cas de congés maladie ou de grossesse, il contacte le responsable de la ligne de permanence de soins. Pour

les demi-gardes ou gardes au Service d'Accueil des Urgences des médecins ou internes non urgentistes, la DAM est sollicitée pour mettre en œuvre le règlement spécifique de ces permanences de soins en lien avec la CME et le service des urgences.

Tout échange ou remplacement doit figurer sur les tableaux de gardes et astreintes.

Fonctionnement de la Permanence des Soins (PDS)

La Direction du CHUGA, la CME et la CCOSPP veillent à l'application des textes législatifs et réglementaires en vigueur et à la bonne organisation de la permanence des soins. La Direction des Affaires Médicales valide les tableaux de service et les tableaux de gardes et astreintes.

Les changements d'organisation de la permanence ou de la continuité des soins (création, transformation ou suppression de lignes de gardes ou d'astreintes) font l'objet d'une demande officielle à la DAM et à la présidence de la CME, puis d'une instruction par la CCOSPP pour avis, avant validation ultérieure par la Direction et la CME.

Les modifications législatives dans le domaine de la permanence ou de la continuité des soins ou les modifications du règlement interne de la permanence des soins font l'objet d'une diffusion par la DAM aux personnes concernées, d'un point d'information à la CME ou d'un vote en CME en ce qui concerne le règlement intérieur, une fois celui-ci validé par la CCOSPP.

La DAM inscrit dans un fichier les coordonnées téléphoniques des nouveaux praticiens. Une fois par an, la DAM vérifie par mail l'absence de changement de ces coordonnées pour l'ensemble du personnel médical ou pharmacien.

La DAM s'assure qu'en cas de plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (PGHTSSE), le directeur d'astreinte dispose d'un accès libre et rapide à ces coordonnées téléphoniques sous la forme d'un fichier diffusable par voie électronique et mis à jour par trimestre.

Contrôle de la permanence des soins

Le paiement des gardes, des astreintes et des déplacements exceptionnels est suivi par la DAM sur la base de l'organisation du temps de présence médicale déterminée en fonction des caractéristiques législatives propres aux différentes structures. Un suivi budgétaire du coût de la permanence des soins, corrélé avec l'activité, est réalisé au moins une fois par an et fait l'objet d'un rapport présenté à la CCOSPP et en CME. La Direction des Affaires Médicales est garante du suivi des éléments relatifs à la PDS. A ce titre, elle peut analyser et contrôler les déplacements réalisés dans le cadre des astreintes et de mener des études approfondies afin d'optimiser les organisations en place.

L'impact de la récupération induite par la permanence des soins sur les effectifs des services en médecin ou internes et l'organisation des soins, fait l'objet d'une étude théorique pour toute nouvelle modalité de PDS.

La Direction des Affaires Médicales est chargée de suivre des compteurs individuels des heures effectuées par les praticiens au titre de la permanence des soins ainsi que des plages de Temps de Travail Additionnel (TTA) dans les services éligibles. Les données annuelles par service sont transmises au coordonnateur de pôle, au chef du service concerné ainsi qu'à ses praticiens, à la médecine du travail, et à la CCOSPP sous la forme d'un tableau récapitulatif.

La CCOSPP examine le registre du TTA annuellement et en rend compte à la CME. La CME est notamment alertée si elle constate des situations non conformes à la protection des travailleurs. Le F3SCT pourra également être saisie en cas de situations non conformes à la protection des travailleurs.

A.3.3. LES FONCTIONS DES INTERNES ET DES ETUDIANTS HOSPITALIERS

Participation des étudiants aux activités hospitalières

➔ Fonction des étudiants hospitaliers en médecine, en pharmacie et en odontologie.

Les étudiants hospitaliers en médecine participent à l'activité hospitalière sous la responsabilité de praticiens. Ils peuvent exécuter des actes médicaux de pratique courante et sont chargés de la tenue des observations. Ils sont soumis aux règles déontologiques et éthiques de la profession médicale au cours des fonctions hospitalières qu'ils exercent, dans le cadre de leur formation.

Les étudiants en pharmacie sont sous la responsabilité de leur référent ainsi que du personnel médical et pharmaceutique.

Les étudiants en odontologie exécutent les actes et les tâches qui leur sont confiées par le praticien référent.

Les étudiants hospitaliers suivent les enseignements dispensés au sein de l'hôpital et doivent se conformer aux obligations de présence qui leur sont fixées. Ils sont soumis aux obligations fixées par le règlement intérieur de leur école ainsi que par le présent règlement intérieur.

➔ Fonction des internes en médecine, en pharmacie et en odontologie.

Les internes en médecine, en pharmacie ou en odontologie sont des praticiens en formation générale ou spécialisée qui, à l'hôpital, consacrent la totalité de leur temps à leurs activités hospitalières et à leur formation. Ils remplissent leurs fonctions sous l'autorité du chef de service.

Les internes sont soumis au règlement des établissements ou organismes dans lesquels ils exercent leur activité. Ils s'acquittent des tâches qui leur sont confiées et participent à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique.

Au sein des unités hospitalières, ils participent à la réalisation des actes cliniques et de diagnostic, ou à tout autre acte de soins, sous la supervision des praticiens, et en particulier sous la supervision des chefs de service de l'unité.

Le troisième cycle des études de médecine, en pharmacie et en odontologie est organisé en deux ou trois phases d'apprentissage distinctes avec une mise en autonomie progressive.

« La phase 1 dite phase socle correspond à l'acquisition des connaissances de base de la spécialité et des compétences transversales nécessaires à l'exercice de la profession.

« La phase 2 dite phase d'approfondissement correspond à l'acquisition approfondie des connaissances et des compétences nécessaires à l'exercice de la spécialité suivie.

« La phase 3 dite phase de consolidation correspond à la consolidation de l'ensemble des connaissances et des compétences professionnelles nécessaires à l'exercice de la spécialité ».

A l'issue de la phase socle et d'approfondissement, l'interne est nommé Docteur Junior, à ce titre il exerce des fonctions hospitalières de prévention, de diagnostic, de soins avec pour objectif de parvenir progressivement à une pratique professionnelle autonome.

Le régime de l'internat au CHU Grenoble-Alpes est établi conformément à l'article L. 6153-I du code de la Santé publique.

➔ Dispositions communes aux étudiants et aux internes en médecine, en pharmacie et en odontologie

Les internes et étudiants hospitaliers présents dans les unités cliniques et médico-techniques du CHU Grenoble-Alpes sont tenus de respecter les prescriptions du présent règlement intérieur.

A leur accueil dans les unités du CHU Grenoble-Alpes, ils reçoivent les informations nécessaires l'organisation de leurs activités à l'hôpital.

Ils participent au service de garde médicale ou pharmaceutique en dehors du service normal de jour, conformément aux textes en vigueur.

Ils doivent notamment être libérés de leurs fonctions pour disposer du temps réglementaire nécessaire aux enseignements théoriques de leur discipline.

Les étudiants hospitaliers et les internes ont la qualité d'agent public et sont notamment soumis au secret professionnel et à l'obligation de discrétion professionnelle.

➔ Les élèves et étudiants des écoles et instituts para médicaux

Les élèves et étudiants en soins médico-techniques et rééducation ou infirmiers suivent des enseignements théoriques et pratiques dispensés au sein de l'hôpital et dans les écoles paramédicales.

En stage, ils participent à l'activité de soins sous la responsabilité des cadres paramédicaux soignants et pédagogiques et des professionnels qui les encadrent.

Ils doivent se conformer :

- aux obligations réglementaires ainsi qu'aux règles professionnelles des professions pour lesquelles ils se forment ;
- aux obligations fixées par le règlement intérieur de leur école ainsi que par le présent règlement intérieur ;
- aux obligations de présence correspondant au cursus scolaire.

FICHE A.4. SECURITE ET HYGIENE

A.4.1. FINALITE ET PORTEE DES REGLES

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. Ces règles prennent en compte les besoins des personnes handicapées, usagers ou personnels.

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 délégués de pôles veillent au respect de ces règles de bon fonctionnement et coordonnent leur mise en œuvre dans les pôles 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 dans l'établissement sont opposables aux organismes hébergés en son sein.

Dans la mesure où les conventions qui lient l'hôpital à certains organismes hébergés sur son domaine n'en décident pas autrement, les règles de sécurité en vigueur au sein du site sont opposables à ces organismes. Ils en sont informés et sont tenus de porter à la connaissance du Directeur les règles de sécurité spécifiques qu'ils ont établies pour les locaux qu'ils sont autorisés à occuper.

A.4.2. LA SECURITE GENERALE

A.4.2.1. L'ACCES A L'HOPITAL

L'accès dans l'enceinte du site hospitalier est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, à leurs 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 qui, le cas échéant, 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 qui veille aussi à ce que les tiers dont la présence au sein du site hospitalier n'est pas justifiée soient signalés, invités à quitter les lieux, et au besoin reconduits à la sortie de l'hôpital. De même, pour des raisons de sécurité, le Directeur 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 affichées, avec mention explicite des risques encourus et des responsabilités éventuelles.

Il est interdit d'introduire à l'hôpital, de l'alcool, des armes, des explosifs, des produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi. Toutefois si des objets, produits dangereux ou prohibés par la loi sont introduits à l'hôpital, ils seront remis aux autorités de police contre récépissé par l'administration hospitalière.

La dissimulation du visage est interdite dans l'enceinte des hôpitaux.

A.4.2.2. LE CALME AU SEIN DE L'HOPITAL

Tout accompagnant ou visiteur qui crée un trouble au sein du site hospitalier 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.4.2.3. LES PERSONNELS DE SECURITE GENERALE

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).

Les personnels de sécurité générale 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.4.2.4. LES MATERIELS DE SECURITE GENERALE

A.4.2.4.1. La vidéoprotection

Le CHU dispose d'un système de vidéo protection ayant pour objet d'assurer la sécurité des personnes et des biens de manière adéquate, pertinente et non excessive.

L'exploitation des images et enregistrements est assurée exclusivement par un personnel habilité à cet effet, et dans un cadre légal et réglementaire très précis.

La conservation des images ne peut pas dépasser 1 mois, sauf procédure judiciaire en cours.

Ce système de vidéo protection est conforme aux dispositions du Code du travail, mais également à celles relatives à la loi dite informatique et libertés.

Toute personne accédant dans l'enceinte du CHU est informée, de manière claire et permanente, de l'existence du système de vidéo protection.

L'information doit être faite par affiche ou pancarte comportant un pictogramme représentant une caméra.

A.4.2.4.2. La sécurité informatique

Le CHU s'est doté d'une politique sécurité en matière informatique. Celle-ci prévoit l'application d'une Charte utilisateur du système d'information dans le but :

- d'assurer à chaque utilisateur un accès optimal au système d'information en termes de fonctionnalités et de performance,
- de garantir le respect de la réglementation et de l'éthique,
- d'être conforme à la politique de sécurité du système d'information.

Cette Charte est annexée au présent règlement et peut être consultée sur le site Intranet du CHU.

Le CHU a également élaboré un Plan Hôpital sans informatique afin d'organiser le fonctionnement de l'hôpital en cas de panne informatique ou de cyber attaque.

A.4.2.4.3. Le contrôle des accès

Le CHU dispose d'un système de contrôle des accès ayant pour objet d'assurer la sécurité des biens et la gestion flux de manière adéquate, pertinente et non excessive.

L'exploitation des données enregistrées est assurée exclusivement par un personnel habilité à cet effet, et dans un cadre légal et réglementaire très précis.

La conservation des données ne dépasse pas 1 mois, sauf procédure en cours.

Ce système est conforme aux dispositions du Code du travail, mais également à la loi dite informatique et libertés.

Toute personne possédant un badge a été informée, lors de la remise de ce badge, que ce dernier est strictement personnel et engage la responsabilité du propriétaire en cas d'enquête interne ou judiciaire.

A.4.2.5. LA SECURITE GENERALE – LES REGLES DE RESPONSABILITE

La mise en œuvre par l'hôpital de mesures de protection et de surveillance, pour éviter dans la mesure du possible 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, de malveillance et de violence perpétrés dans l'enceinte de l'hôpital engagent totalement la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non.

A.4.2.6. SECURITE ET PROTECTION DES PERSONNELS

Les patients et leurs proches doivent en toutes circonstances garder un comportement correct et respectueux vis-à-vis de l'établissement hospitalier et des personnels hospitaliers.

Toute agression physique ou verbale envers le personnel hospitalier est passible de poursuites judiciaires.

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

Le CHUGA assure en cas de menaces, de violences, de voies de fait, de diffamations ou d'outrages notamment la protection des agents qui en sont victimes à l'occasion de leur fonction et, le cas échéant, la réparation du préjudice qui en résulte.

Dans tous les cas, le CHUGA assiste et soutient ses personnels dans les démarches entreprises pour la défense de leurs droits.

A.4.2.7. LES RAPPORTS AVEC L'AUTORITE 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 la police judiciaire territorialement compétent en cas de mort violente ou suspecte.

D'une manière générale, il s'assure dans ces circonstances que les indices utiles à la manifestation de la vérité sont préservés.

A.4.2.8. LES RAPPORTS AVEC LES AUTORITES DE POLICE

Seul le directeur général ou le directeur de garde a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de police. A ce titre, il a été établi un protocole d'accord qui définit les relations entre le CHUGA et les services de Police et la Justice et qui est appliqué dans tous les cas impliquant une intervention des autorités de police ou de justice au sein du CHU (Protocole Hôpital Police Justice).

➤ Référents des services de police

Des représentants du Service de Sécurité de Proximité (SSP) de Grenoble sont désignés en qualité de correspondants, ils sont au quotidien les interlocuteurs privilégiés du CHUGA pour les problèmes de sécurité.

➤ Numéros à contacter en cas de danger ou de troubles avérés

Pour toute situation de danger ou de trouble avéré, les numéros à contacter sont le 17 sur un téléphone interne (appel sécurité intérieure) en mentionnant le code « Victor » qui envoie les agents de sûreté et peut appeler la police si nécessaire.

Par ailleurs, une ligne directe avec appel au décroché reliée au Centre d'Information et de Commandement Départemental de la Direction Départementale de la Sécurité Publique est mise en place dans les services d'urgence (adultes, pédiatrie et gynécologie-obstétrique).

➤ Enquête de police judiciaire

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 con-

sidération, dans les meilleures conditions possibles, les impératifs et les garanties tirés de l'application de la loi pénale, du secret professionnel, des dispositions relatives aux droits des patients et d'une manière générale des droits du citoyen.

- Escorte par les services de police d'un individu potentiellement violent

En cas de conduite à l'hôpital, par les services de Police, d'un individu présentant des risques de violence, ceux-ci doivent avertir les services d'urgence. Les soins sont prodigués dans les plus brefs délais en tenant compte des priorités définies par le personnel hospitalier. Un accès distinct de l'itinéraire réservé au public est privilégié et dans la mesure du possible un local spécifique est mis à disposition de l'escorte et de l'individu en attente de soins.

A.4.2.9. LES 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. La formation spécialisée en matière d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (F3SCT) en est informée 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 refuserait de 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 le site, pour son personnel ou pour un ou plusieurs de ses usagers, le Directeur peut, sans le 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 (plan de gestion des situations sanitaires exceptionnelles ou en application de plans de Vigilance et 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.4.2.10. ACTES DE VIOLENCES ENVERS LE PERSONNEL HOSPITALIER

Toute personne étant à l'origine de violences verbales, violences physiques ou toutes autres formes de violences envers le personnel du CHUGA sera susceptible de recevoir un courrier de la Direction Générale sanctionnant cette attitude qualifiée d'inacceptable pouvant donner lieu à une sortie disciplinaire et à une saisine de la justice.

Conformément aux dispositions des procédures institutionnelles relatives à l'accompagnement des plaintes des agents du CHUGA victimes de violences, et à la mise en œuvre de leur protection fonctionnelle, tout agent victime d'actes de violence verbale et/ou physique en lien direct avec sa qualité d'agent public, bénéficie d'un accompagnement et d'une protection organisés par le CHUGA.

Il bénéficiera ainsi des mesures de prévention et de soutien relevant du dispositif de la protection fonctionnelle offerte à tous les personnels du CHUGA en application des articles L134-1 et suivants du code général de la fonction publique.

Ce dispositif, déployé de manière adaptée à la situation de chaque agent, inclut notamment les mesures suivantes :

- La prise en charge psychologique avec la possibilité de prendre rendez-vous avec la médecine du travail et/ou le psychologue du travail pour un entretien et éventuellement un suivi
- Le soutien de la hiérarchie ainsi que de la Direction des Ressources Humaines ou de la Direction des Affaires Médicales, et la constitution le cas échéant d'un dossier d'accident du travail ;
- Le signalement de l'évènement indésirable via le logiciel de déclaration des évènements indésirables et l'édiction éventuelle de mesures permettant de faire cesser le risque pour la sécurité, tant vis-à-vis de l'agent (mesures conservatoires et/ou coercitives contre l'agresseur), que vis-à-vis du CHUGA (gestion a priori des risques) ;
- L'accompagnement de l'agent par le chef de service intérieur, au dépôt de plainte à l'encontre de l'agresseur. Cette plainte pouvant être renforcée par une plainte du CHUGA en fonction des conséquences de l'agression sur le bon fonctionnement du service public hospitalier ;
- La protection juridique, incluant la possible mise à disposition de l'agent, par la Direction des affaires juridiques en lien avec l'assureur du CHUGA, d'un avocat lui permettant de l'accompagner dans l'instruction de sa plainte et sa constitution de partie civile (prise en charge assurée par le CHUGA totalement ou selon un barème de remboursement), et pouvant s'étendre jusqu'à la prise en charge directe de son indemnisation en lieu et place de la justice, lorsque l'exécution du jugement se sera révélée impossible (agresseur insolvable ou se soustrayant à ses obligations).

Protection en cas de poursuites judiciaires :

- **En cas de poursuites pénales** engagées à l'encontre d'un agent pour des actes liés à l'exercice de sa mission ou lorsque l'agent est entendu en qualité de témoin assisté/placé en garde à vue/se voit proposer une composition pénale, le CHU Grenoble Alpes lui apporte sa protection juridique à condition que les faits soient constitutifs d'une faute de service.

Cette protection peut se traduire par l'appui de l'administration dans l'organisation de sa défense et se concrétise également par la prise en charge par le CHU Grenoble Alpes de tout ou partie des honoraires d'avocat pour assurer la défense de ses intérêts.

- **En cas de condamnations civiles** : l'agent est également protégé dans le cas d'une faute commise à la condition qu'elle ne présente pas les caractéristiques d'une faute personnelle détachable du service. Dans l'hypothèse où l'agent est condamné pour une faute de service, le CHU Grenoble Alpes règle en lieu et place de l'agent les sommes des condamnations civiles prononcées à son encontre.

A.4.3. LA SECURITE DE FONCTIONNEMENT

A.4.3.1. LA GESTION DES RISQUES

Le Directeur général et ses adjoints prennent les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des patients 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 hospitalières 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.4.3.2. LE PERSONNEL TECHNIQUE ET LA CONTINUITE DU SERVICE

Suivant les instructions du Directeur général, et dans les domaines relevant de leurs compétences réciproques, les Directions concernées organisent la continuité du service sur le plan technique afin que l'institution puisse faire face en permanence aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour assurer la sécurité du fonctionnement du site. Elles désignent respectivement les agents qui assurent ces interventions. Les agents nécessaires à la continuité du service ont l'obligation de se conformer à ces désignations.

A.4.3.4. LA SECURITE INCENDIE

L'ensemble des sites du CHUGA 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....).

Les services tiennent 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 des sites.

A.4.4. LA CIRCULATION ET LE STATIONNEMENT AUTOMOBILES

A.4.4.1. LA NATURE DE LA VOIRIE HOSPITALIERE

Les voies de desserte et les parcs de stationnement automobile situés dans l'enceinte hospitalière constituent des dépendances du domaine public. En principe ouverts seulement aux personnels et aux usagers de l'hôpital, ils ne peuvent être regardés comme des voies ouvertes à la circulation publique et au stationnement.

A.4.4.2. LES MODALITES DE CIRCULATION ET DE STATIONNEMENT

Le code de la route s'applique au sein des sites hospitaliers. Toutefois, des règles spécifiques de circulation et de stationnement des automobiles sont définies par la Direction Générale. Dans ce cadre, le directeur réglemente l'accès, 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. En matière de circulation, le directeur peut délivrer des autorisations d'accès, limiter la vitesse (les véhicules ne peuvent excéder la vitesse de 30 km/h dans l'enceinte hospitalière), préciser les priorités, interdire, réduire ou réserver l'usage de certaines voies, interdire ou réglementer 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.

A.4.4.3. SIGNALISATION ET SANCTIONS

Toutes les dispositions concernant les règles de circulation et de stationnement doivent être matérialisées ou signalées, et tous les automobilistes sont tenus de s'y conformer ainsi qu'aux dispositions du Code de la route.

La direction de l'établissement peut faire appel aux autorités de police pour sanctionner le non-respect des règles de circulation et de stationnement. L'attention des automobilistes doit être appelée sur les faits suivants :

- 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 peuvent entraîner un retrait d'office des autorisations accordées ;
- un stationnement gênant peut – s'il compromet le fonctionnement du service public hospitalier – entraîner une mise en fourrière aux frais du contrevenant ;
- 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, et notamment un stationnement d'une durée supérieure à 24 heures, peut entraîner une mise en fourrière aux frais du contrevenant, dans les conditions prévues par la réglementation.

FICHE A.5. QUALITE, REPRESENTATION DES USAGERS, RECLAMATIONS ET CONTENTIEUX

Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, les établissements de santé définissent et mettent en œuvre une politique adéquate, évaluent leur activité et font l'objet, périodiquement, d'une procédure externe d'évaluation dénommée « certification ».

A.5.1. LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE QUALITE

La direction de la qualité et de la gestion des risques a pour mission de promouvoir la qualité et la sécurité des soins au sein du CHUGA et d'améliorer la qualité et la lisibilité des parcours de soins. Elle coordonne les actions d'amélioration au bénéfice des patients et des professionnels, à la fois au sein de l'hôpital et vis-à-vis des partenaires extérieurs.

Elle accompagne au quotidien les équipes du CHUGA dans la conception et la mise en œuvre des projets visant l'amélioration de la qualité.

Le développement de la culture qualité et de la gestion des risques a été placé au cœur des priorités de l'établissement comme un axe indispensable pour atteindre ses objectifs de performance au service de la prise en charge du patient. Pour ce faire :

Le Comité de Pilotage de la qualité, mandaté par la CME, fixe les orientations stratégiques et s'assure de la mise en œuvre des actions qualité et chaque professionnel est sollicité pour participer activement à la dynamique qualité sécurité de l'établissement.

➤ La démarche qualité

Elle consiste à:

- S'investir et participer activement aux démarches transversales qualité telles que :
 - la certification de l'établissement par la Haute Autorité de Santé
 - toute démarche interne ou externe visant à promouvoir la qualité des soins qu'il s'agisse d'accréditations spécifiques au secteur (COFRAC, JACIE, Cristal ABM, etc.) ou non
 - toute inspection réglementaire thématique (ASN, ABM, ANSM, ARS etc...)

- Prendre connaissance des indicateurs qualité :
 - de l'établissement (IQSS) diffusés par affichage, par le logiciel qualité, sur le site intranet de la Direction Qualité ou par mail
 - du service
- Participer chaque fois que cela est nécessaire au recueil des informations permettant la production des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS)
- Participer aux démarches d'évaluation des pratiques professionnelles mises en place dans le service d'affectation (audit, visite de risques, CREX, RMM etc.) et prendre connaissances des résultats de celles réalisées dans l'établissement ou le service
- Connaître les principales actions en cours dans l'établissement (Plan d'Actions Qualité Sécurité des Soins transversal) et dans le service (PAQSS de pôle), notamment lorsqu'elles sont consécutives à un évènement indésirable grave lié aux soins
- Prendre connaissance des procédures diffusées dans QUALNET pour application et en signer la lecture lorsque cette démarche est demandée

La démarche qualité du CHUGA s'appuie sur les résultats des évaluations, d'audits internes, d'enquêtes, de mesure de la satisfaction, etc, pour établir le plan d'actions d'amélioration qualité de l'établissement.

Les équipes du CHUGA sont engagées dans une démarche continue d'évaluation des pratiques professionnelles. Ainsi, de nombreuses enquêtes sont réalisées pour s'assurer que la sécurité des soins est respectée à toutes les étapes de la prise en charge ; la majorité des équipes participent à ces démarches notamment au travers de réunions de concertation multidisciplinaire (pour décider de la prise en charge la plus adaptée pour les patients), de Réunions de Morbidité-Mortalité, d'analyses d'évènements indésirables, ...

➤ Les indicateurs qualité

Le ministère de la santé, en lien avec la Haute Autorité de Santé (HAS), a mis en œuvre un dispositif de généralisation d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans tous les établissements de santé. Ces indicateurs évaluent les actions menées par le CHUGA en matière d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients. Ils s'adressent à l'ensemble des publics de l'établissement hospitalier : les usagers aussi bien que les professionnels de santé.

Les indicateurs qualité de l'établissement sont consultables sur le site Qualiscope.

Ces indicateurs permettent de déterminer des axes d'amélioration spécifiques pour l'établissement, en lien avec la direction qualité.

A.5.2. L'ORGANISATION DE LA DEMARCHE DE CERTIFICATION

Tous les établissements de santé sont engagés dans une procédure d'évaluation de la qualité dénommée certification. Cette procédure est gérée par la Haute Autorité de Santé (HAS). Il s'agit d'une procédure d'appréciation globale et indépendante portant sur la qualité et la sécurité des soins de l'établissement et de l'ensemble des prestations délivrées.

Elle se traduit par une visite de l'établissement par un groupe d'experts dont l'objectif est d'évaluer le niveau de qualité et de sécurité des soins prodigués aux patients. La certification est centrée sur les résultats de la prise en charge pour le patient.

D'autres démarches de certification et d'accréditation spécifiques à certaines activités sont mises en œuvre dans l'établissement (COFRAC, JACIE, ISO 9001...).

A.5.3. LA GESTION DES RISQUES LIES AUX SOINS

A.5.3.1. L'ORGANISATION DE LA GESTION DES RISQUES

Tous les établissements de santé ont l'obligation de se doter d'un **système de veille sanitaire et de gestion des risques**. Cela se traduit au CHUGA par la mise en œuvre d'un système de signalement des événements indésirables et l'organisation d'une coordination des vigilances.

- **L'UMAGRIS** (Unité Médico Administrative de Gestion du Risque Sanitaire) existe depuis 2001 au CHUGA. Elle rassemble chaque semaine les vigilances réglementaires et les personnes qualifiées pour faire le point sur les événements indésirables signalés et sur leur suivi. Des démarches correctives sont organisées suite à ces signalements pour améliorer le fonctionnement de l'établissement.
- **Commissions** : de nombreuses commissions sont dédiées à des risques spécifiques : infections nosocomiales (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales), douleur (CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur), médicament (COMEDIMS : Commission du MEDicament et des DISpositifs Médicaux Stériles), alimentation (CLAN : Comité de Liaison Alimentation et Nutrition, transfusion (CSTH : Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance)
- **Situation Sanitaire Exceptionnelle : le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (PGTHSSE)**. La structuration du PGTHSSE permet la prise en charge d'un afflux massif de victimes dans notre établissement. La configuration géographique et technologique de notre agglomération nous conduit à disposer de l'ensemble des plans de secours prévus par les textes.

- **Gestion des Risques** : par ailleurs, le CHUGA a développé la **gestion des risques** a priori notamment dans les secteurs critiques (exemple : salle de naissance, radiothérapie). Cette démarche vise à anticiper les risques et à intégrer tous les aspects de la sécurité qu'il s'agisse des locaux, des organisations, ou des pratiques professionnelles.

A.5.3.2. LES PRINCIPALES VIGILANCES

La vigilance fait partie de la qualité garantie à l'hôpital. Il en existe différents types :

- La pharmacovigilance a pour objet la surveillance du risque d'effet indésirable résultant de l'utilisation des médicaments. C'est l'ensemble des techniques d'identification, d'évaluation et de prévention du risque d'effet indésirable des médicaments mis sur le marché à titre onéreux ou gratuit. La pharmacovigilance contribue largement au bon usage du médicament. En effet, ayant pour objet la surveillance du risque d'effet indésirable, elle permet de mieux évaluer le rapport bénéfice / risque, stratégie à la base de toute prescription médicamenteuse.
- La matériovigilance, comme tous les autres mécanismes de vigilance, intervient dans la surveillance des incidents pouvant résulter de l'utilisation de dispositifs médicaux après leur mise sur le marché. Le dispositif médical est tout instrument, appareil, équipement matière, produit (sauf produits issus du corps humain) ou tout article seul ou en association, destiné par le fabricant à être utilisé par l'homme à des fins médicales, c'est-à-dire de diagnostic, de prévention, de contrôle, de traitement, d'atténuation d'une maladie ou d'une blessure.
- L'hémovigilance, c'est l'ensemble des procédures de surveillance et d'évaluation des incidents, ainsi que des effets indésirables survenant chez les donneurs ou les receveurs de Produits Sanguins Labiles (PSL). Elle porte sur l'ensemble de la chaîne transfusionnelle allant de la collecte des PSL jusqu'au suivi des receveurs. L'hémovigilance comprend également le suivi épidémiologique des donneurs.
- La biovigilance concerne le prélèvement, la collecte, la fabrication, la préparation, la transformation, la conservation, le transport, la distribution, la cession, l'importation, l'exportation, la répartition, l'attribution, la greffe ou l'administration d'éléments et produits du corps humain. Il s'agit donc d'une veille sanitaire très complexe sur tous les maillons de la chaîne allant des donneurs (patients vivants) aux receveurs.
- La toxicovigilance a pour objet la surveillance des effets toxiques pour l'homme d'un produit, d'une substance ou d'une pollution aux fins de mener des actions d'alerte, de prévention, de formation et d'information.
- L'identito-vigilance a pour but d'anticiper les erreurs et risques qui pourraient découler d'une mauvaise identification des patients. Pour fiabiliser cette identification, des consignes ont été rédigées en vue de rendre homogènes les pratiques.

L'objectif : une identification fiable et unique du patient car une erreur d'identité peut entraîner des conséquences graves sur la prise en charge médicale. Cette unicité doit permettre de garantir la qualité, la continuité des soins et la sécurité des échanges.

A.5.3.3. LA DECLARATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES

Le signalement des événements indésirables est la première étape de la démarche de gestion des risques. Les événements indésirables liés aux soins sont à signaler sur l'outil électronique dédié. Il est rappelé l'importance de rester factuel, de ne porter aucun jugement dans la rédaction d'un signalement d'évènement indésirable et de ne pas mettre en cause des personnes.

Selon la gravité de l'évènement une analyse approfondie est à réaliser de manière collective afin de dégager des actions correctives. La participation des professionnels concernés par l'évènement indésirable aux séances d'analyse type CREX (Comité de Retour d'Expérience) ou RMM (Revue Morbidité Mortalité) est nécessaire. Les actions correctives qui découlent de ces investigations sont tracées, valorisées et suivies dans le PAQSS (Plan d'Action Qualité Sécurité des Soins).

Le bilan des déclarations d'évènements indésirables permet d'établir la typologie des événements avérés et de définir des plans d'actions pour l'année à venir.

Constitue une obligation le signalement à l'ARS des Evénements Indésirables Graves (EIG) associés aux soins. Un EIG est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne, dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent (y compris une anomalie ou une malformation congénitale).

A.5.3.4. LA GESTION DES RECLAMATIONS ET DES PLAINTES

Les patients, leurs représentants légaux ou leurs ayants droit peuvent faire part au directeur de leurs observations et, s'il y a lieu, de leurs réclamations ou plaintes.

Le directeur général choisit :

- Soit de répondre directement au patient après avoir sollicité les professionnels concernés qui apportent des explications et des éléments de réponses. Le patient pouvant par la suite saisir le médiateur.
- Soit de saisir lui-même directement un médiateur afin que celui-ci puisse rencontrer le patient. Le compte rendu de cette rencontre est transmis sous huit jours aux membres de la Commission Des Usagers. Une rencontre pourra si besoin être organisée entre le patient et les membres de la Commission Des Usagers

A.5.3.5. LES REPRESENTANTS DES USAGERS

Des représentants des usagers représentent les usagers au sein de la Commission des usagers, dans les différentes instances et au sein des services du CHU. Leurs missions sont de défendre les intérêts et les droits des usagers et de participer aux évolutions du système de santé.

A.5.3.6. LES RENCONTRES AVEC LE MEDiateUR

Les médiateurs peuvent être saisis directement par le directeur général ou par le plaignant.

Les médiateurs de la Commission Des Usagers sont : un médiateur médecin et un médiateur non médecin, ainsi que leurs suppléants, désignés par le directeur général pour une durée de 3 ans.

L'article R. 1112-92 du Code de la Santé Publique précise que « le médiateur médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service tandis que le médiateur non médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations étrangères à ces questions. Si une plainte ou réclamation intéresse les deux médiateurs, ils sont simultanément saisis.

Ainsi, l'utilisateur qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité de soins peut demander l'assistance et les conseils du médiateur médical ou paramédical. Les missions de ce dernier consistent notamment à apporter ou compléter l'information, dissiper les malentendus, et, au besoins, porter la parole des patients notamment pour signaler des dysfonctionnements.

A.5.3.7. L'INTERVENTION DE LA COMMISSION DES USAGERS

La Commission des Usagers a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients.

La Commission facilite les démarches des usagers et veille à ce que les personnes puissent exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes.

La Commission établit un rapport annuel transmis aux instances de l'établissement : Conseil de surveillance, CME, CSE et CSIRMT. Ce rapport doit inclure les propositions formulées par la commission visant à améliorer le fonctionnement régulier de l'établissement, ainsi que la qualité des relations engagées avec les usagers. Ce rapport est transmis à l'agence régionale de santé.

La commission participe à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers.

La commission est consultée sur l'organisation des parcours de soins et sur la politique de qualité et de sécurité des soins élaborée par la commission médicale d'établissement.

La commission peut se saisir de toute question relative à la politique de qualité et de sécurité.

Au moins une fois par an, la commission des usagers a connaissance, à travers une présentation qui lui est faite, des événements indésirables graves survenus au cours des douze mois précédents ainsi que des actions menées par l'établissement pour y remédier.

La commission recueille également au moins une fois par an les observations des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement.

En vue de l'élaboration du projet d'établissement et après avoir consulté les associations bénévoles ainsi que l'ensemble des représentants des usagers, la commission peut proposer un projet des usagers exprimant les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité et de la prise en charge. La commission médicale d'établissement ou la conférence médicale d'établissement contribue à son élaboration. Il est transmis par la commission des usagers au représentant légal de l'établissement.

A.5.3.8. GESTION DES PLAINTES ET RECLAMATIONS AVEC DEMANDE INDEMNITAIRE

Toute personne ou le cas échéant son représentant légal s'estimant victime d'un dommage résultant d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale, et le ou les ayants droits de la victime décédée, dispose des recours suivants :

- S'il souhaite adresser une **demande d'indemnisation amiable**, il doit l'adresser à la Direction Générale. Au vu des résultats de l'expertise amiable diligentée par l'assureur de l'établissement, la direction générale adressera au requérant une lettre reconnaissant ou non la responsabilité du CHUGA et dans le cas d'une responsabilité reconnue proposera une transaction avec réparation indemnitaire.
- Il peut saisir la **Commission de Conciliation et d'Indemnisation** lorsqu'il estime avoir subi un préjudice présentant un caractère de gravité important. Sont recevables par cette commission les demandes des personnes pour lesquelles le dommage subi a entraîné une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieure à 24 %, ou une durée d'incapacité temporaire de travail d'au moins six mois consécutifs ou six mois non consécutifs sur douze mois. La demande est également recevable, à titre exceptionnel, si la personne a été déclarée inapte à exercer son activité professionnelle ou si elle a subi des troubles particulièrement graves dans ses conditions d'existence. La CCI ordonne une expertise amiable et rend un avis sur une éventuelle responsabilité au plus tard dans les six mois qui suivent.

La CCI compétente pour les demandes d'indemnisation concernant le CHUGA a son secrétariat implanté à Lyon. Elle doit être saisie directement avec, parmi les pièces à joindre à la demande établie sur un formulaire type, un certificat médical décrivant le dommage subi.

L'objectif de cette procédure – gratuite et ne nécessitant pas l'intervention d'un avocat- est de permettre un versement accéléré des indemnités dues aux victimes.

- Il peut exercer un **recours devant le tribunal administratif** territorialement compétent.

Cette action est possible quelle que soit la gravité du dommage.

Dans tous les cas, les actions tendant à mettre en cause la responsabilité du CHUGA se prescrivent par dix ans, à compter de la consolidation du dommage.

Préalablement à tout recours en indemnité devant le juge administratif, le requérant doit formuler auprès du CHUGA, sous forme d'une requête amiable, une demande d'indemnisation pour réparation de préjudice.

PARTIE B - CONSULTATION ET HOSPITALISATION

FICHE B.1. LES PRINCIPES REGISSANT L'ACCES AUX SOINS

B.1.1. LE DROIT A LA PROTECTION DE LA SANTE

La protection de la santé est un droit fondamental de la personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ainsi que les autorités sanitaires participent à la prévention et aux soins. Ils contribuent également, avec les représentants des usagers, à développer la prévention et à garantir l'égal accès de tous aux soins nécessités par leur état de santé. En outre, ils permettent le maintien de la continuité des soins et garantissent la meilleure sécurité sanitaire possible.

B.1.2. L'EGALITE D'ACCES AUX SOINS

Aucune personne ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention aux soins. Ainsi l'hôpital a pour mission et devoir d'accueillir en permanence et sans discrimination, en consultation comme en hospitalisation, tous les patients dont l'état exige des soins hospitaliers en faisant abstraction de toutes les considérations économiques et sociales. Son accès est adapté aux personnes qui souffrent d'un handicap, que celui-ci soit physique, mental ou sensoriel.

Le personnel de l'hôpital est formé à l'accueil des patients et de leurs accompagnants. Il donne aux patients 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 CHUGA a mis en place par ailleurs une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) adaptée aux personnes en situation de précarité.

B.1.3. LE LIBRE CHOIX DU PATIENT

Le droit du patient au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire. Cette disposition s'applique en dehors des cas d'urgence.

Ce libre choix doit être concilié avec les règles de fonctionnement de l'hôpital : organisation des équipes médicales, gestion du service, coordination des soins. En effet, le patient hospitalisé est pris en charge par une équipe médicale sous la responsabilité du chef de service. Ce droit ne permet pas aux patients ou à d'autres personnes de s'opposer à ce qu'un professionnel de santé procède à un

acte pour des motifs - connus ou supposés- d'origine religieuse. Il ne leur permet pas non plus d'exiger une adaptation du fonctionnement de l'hôpital pour ces mêmes motifs.

Les patients ou autres personnes ne peuvent, en raison de leurs convictions, récuser un agent ou la présence d'autres usagers, ni exiger une adaptation du fonctionnement de l'hôpital, basé sur la mixité des équipes.

Le droit au libre choix du patient s'exerce au sein de la spécialité médicale dont relève le patient, 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 et des dispositions citées au précédent paragraphe. L'exercice de ce droit peut avoir des conséquences sur les conditions de la prise en charge financière au titre de la Sécurité Sociale.

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

FICHE B.2. L'ADMISSION DU PATIENT

B.2.1. LA DECISION D'ADMISSION

L'admission du patient est prononcée par le directeur d'établissement, sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'hôpital.

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

B.2.2. LES FORMALITES D'ADMISSION

Sous réserve des dispositions relatives au secret de l'admission des mineurs, l'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du patient et aux conditions de prise en charge de son hospitalisation.

A cet effet, le patient ou, le cas échéant, son représentant doit présenter au bureau des entrées : sa carte d'assuré social, une pièce officielle d'identité comportant une photographie et en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport, carte de séjour), le cas échéant des documents attestant la prise en charge du ticket modérateur par un organisme tiers payant, le cas échéant, un document attestant que le patient bénéficie d'un dispositif particulier (aide médicale d'Etat, couverture maladie universelle, aide au paiement d'une complémentaire santé, attestation d'Affection Longue Durée...) et son adresse récente (quittance d'électricité, téléphone, gaz...).

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

Si le patient n'est pas assuré social, et qu'il ne peut prétendre à la Permanence d'Accès aux Soins, 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.

Le patient indique obligatoirement dès son admission le nom de la personne à prévenir et ses coordonnées (téléphone et adresse en France et/ou à l'étranger) et précise les liens qui l'unissent à cette personne. Il est également proposé au patient, à chaque admission de désigner par écrit une « personne de confiance », sauf dispositions spécifiques applicables aux personnes sous tutelle.

La désignation de la personne de confiance est valable pour la durée de l'hospitalisation à moins que le patient n'en dispose autrement. Celle-ci peut être différente de la personne à prévenir.

B.2.3. LE SECRET DE L'ADMISSION

B.2.3.1 NON DIVULGATION DE PRESENCE A L'HOPITAL

Les patients peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence au sein de l'hôpital ou sur leur état de santé.

La non-divulgence de la présence d'un patient ou d'une personne hospitalisée recouvre la possibilité de ne pas communiquer de donnée sur sa présence dans l'établissement ou sur son état de santé. Ceci implique aussi de ne pas indiquer les coordonnées relatives à la localisation du patient dans une chambre de l'hôpital.

Pour les patients demandant le bénéfice du secret de l'hospitalisation, un dossier d'admission est constitué normalement.

Toutefois, une mention relative à l'admission sous secret est portée sur leur dossier et les services concernés (standard, service de soins, hôtesse d'accueil...) en sont avisés.

La confidentialité n'est pas l'anonymat. L'anonymat concerne une personne dont on ne connaît pas l'identité. Elle est juridiquement identifiée au travers de situations spécifiques.

B.2.3.2 LE MINEUR ET LE SECRET DE L'ADMISSION

Par dérogation au principe de l'autorité parentale (article 371-1 du Code Civil), le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale, afin de garder le secret sur son état de santé.

Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit, dans un premier temps, s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

B.2.3.3 LE SECRET DE LA GROSSESSE OU DE LA NAISSANCE

La loi prévoit que la parturiente a la possibilité de demander d'accoucher de manière anonyme. Ainsi, le secret de son admission et de son identité sont préservés.

Le directeur doit alors informer de cette admission le directeur du service départemental de l'aide sociale à l'enfance.

L'intéressée est informée des conséquences juridiques de cette demande et de l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire.

Il lui est indiqué les modalités de la levée du secret de son identité et la possibilité qu'elle a, à tout moment, de révéler son identité sous pli fermé ou de compléter les renseignements qu'elle a donnés au moment de la naissance.

B.2.3.4 LE PATIENT TOXICOMANE

Le patient toxicomane qui se présente dans un établissement afin d'y être traité peut bénéficier de l'anonymat s'il en a expressément formulé la demande lors de son admission.

B.2.4. LIVRET D'ACCUEIL

Le livret d'accueil est disponible sur le site internet du CHUGA, il peut également être consulté en version papier au sein du service. Il contient tous les renseignements utiles sur les conditions de séjour et l'organisation de l'hôpital ainsi que les dispositions de la Charte de la personne hospitalisée.

Ce livret d'accueil mentionne l'existence du présent règlement intérieur et le fait qu'il est tenu à la disposition de toute personne qui en fait la demande.

B.2.5. LES MODES D'ADMISSION

B.2.5.1 L'ADMISSION A LA DEMANDE D'UN MEDECIN TRAITANT OU SUITE A UNE CONSULTATION

L'admission est décidée, hors les cas d'urgence médicalement constatés, sur présentation d'un certificat médical attestant la nécessité de l'hospitalisation, accompagné d'une lettre cachetée du médecin traitant ou appartenant au service de consultation du CHUGA à l'origine de la demande, à l'attention du praticien hospitalier du service concerné.

Cette lettre peut indiquer les renseignements d'ordre médical utiles pour le diagnostic et le traitement ainsi que la discipline dans laquelle devrait être admis l'intéressé sans toutefois mentionner le diagnostic de l'affection.

B.2.5.2 L'ADMISSION PROGRAMMEE

Dans ce cas, une convocation est remise ou adressée au malade, après avis du chef de service. Le malade est invité à prendre attache avec le secrétariat médical concerné et, le cas échéant, à se rendre au bureau des entrées où lui est remis un document précisant les conditions de sa prise en charge et les pièces à présenter le jour de son admission.

Toutefois, il faut préciser qu'une admission programmée peut être annulée au dernier moment pour lit indisponible suite à la réception de malades en urgence (cas de force majeure) ou pour toute autre cause légitime.

B.2.5.3 LE TRANSFERT APRES LES PREMIERS SECOURS

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

B.2.6. L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT EN PSYCHIATRIE

Il existe deux procédures d'admission sous contrainte des patients atteints de troubles psychiatriques :

- la procédure à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent
- la procédure sur décision du représentant de l'Etat.

B.2.6.1 L'HOSPITALISATION A LA DEMANDE D'UN TIERS OU EN CAS DE PERIL IMMINENT

Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être admise en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT) ou en cas de péril imminent (PI) que si les troubles mentaux rendent impossible son consentement aux soins et imposent une surveillance médicale constante impliquant :

- soit une hospitalisation complète,
- soit une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge en soins ambulatoire. Le directeur peut alors prononcer la décision d'admission.

➤ La demande d'admission formulée par un tiers

Elle est présentée par écrit, les mentions obligatoires sont manuscrites. Elle est réalisée, soit par un membre de la famille du patient, soit par une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci (il peut s'agir de la personne chargée, à l'égard d'un majeur protégé, d'une mesure de protection juridique à la personne). L'intérêt à agir se définit par référence à l'existence de relations antérieures à la demande, entre le patient et la personne qui sollicite son hospitalisation.

Le tiers ne peut être ni le(s) médecin(s), ni le(s) personnel(s) soignant(s) en fonction dans l'établissement d'accueil prenant en charge le patient. De la même manière, ne sont pas habilitées à demander l'admission, toutes les personnes ne connaissant pas le patient avant son admission dans un tel régime d'hospitalisation. La Haute Autorité de Santé a précisé que ces relations peuvent être de nature personnelle ou professionnelle.

L'hospitalisation à la demande d'un tiers est conditionnée par la production de deux certificats médicaux circonstanciés attestant des troubles mentaux de la personne concernée et datant de moins de quinze jours dont un émane d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le patient.

Dans les situations d'urgence, quand il y a un risque grave d'atteinte à l'intégrité physique du patient, le directeur de l'établissement peut prononcer à titre exceptionnel, à la demande d'un tiers, l'admission en soins psychiatriques d'une personne patient au vu d'un seul certificat médical émanant le cas échéant d'un médecin exerçant dans l'établissement.

➤ Admission en cas de péril imminent (ne nécessite pas la demande d'un tiers)

Dans cette hypothèse, les conditions suivantes sont requises pour qualifier les circonstances de péril imminent :

- Impossibilité de faire rédiger la demande par un tiers justifiant de relations antérieures avec le patient ;
- Existence à la date de l'admission d'un péril imminent pour la santé de la personne dûment constaté par un certificat médical circonstancié, datant de moins de 15 jours rédigé par un médecin qui n'exerce pas dans l'établissement d'accueil de la personne. ;
- Nécessité pour le directeur de l'établissement de rédiger l'admission en précisant le péril imminent et d'informer dans les 24h, sauf s'il existe des difficultés particulières, la famille de la personne qui a fait l'objet de soins, la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé ou à défaut toute personne justifiant de relations avec le patient.

➤ Dispositions communes à l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent :

- Les certificats médicaux
- Deux certificats médicaux doivent être établis distinctement à 24h et à 72h de l'admission ;
- Le certificat médical de 24h et celui de 72h peuvent être établis par le même psychiatre sauf en cas d'urgence ou de péril imminent où les deux psychiatres doivent être différents du psychiatre ayant rédigé le certificat initial.

L'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat ne peut être prononcée que si deux conditions cumulatives sont remplies :

- Les troubles mentaux présentés par le patient nécessitent des soins ;
- Le patient compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave à l'ordre public. Cette procédure correspond à une mesure administrative prononcée par le représentant de l'Etat dans le département sous la forme d'un arrêté motivé et énonçant avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins psychiatriques nécessaires. Cette décision s'impose au directeur de l'établissement.

Deux procédures d'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat sont prévues par les textes :

- La procédure courante qui correspond à la procédure de principe :

Le préfet prononce par arrêté l'admission en soins psychiatriques au vu d'un certificat médical circonstancié. Celui-ci ne peut pas être établi par un médecin de l'établissement d'accueil.

- La procédure d'urgence (mesures provisoires) : En cas de comportement révélant des troubles mentaux manifestes et présentant un danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par certificat médical (avis médical pouvant être donné par tout médecin) ou à défaut par la notoriété publique (rapport de police par exemple), le maire peut prendre des mesures d'urgence et arrête à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires dont il réfère au préfet dans les 24h. Celui-ci statue sans délai et prononce, s'il y a lieu une admission en soins psychiatriques.

L'arrêté du maire n'est valable que pour une durée maximale de 48h. A l'issue de ce délai, en cas de silence du préfet, la mesure devient caduque.

En cas d'admission en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat, le directeur de l'établissement veille à la transmission sans délai au représentant de l'Etat et à la commission départementale de soins psychiatriques des documents suivants :

- Le certificat médical des 24h établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil.
- Le certificat médical des 72h établi par un psychiatre de l'établissement (différent du psychiatre ayant rédigé le certificat initial mais pouvant être le même psychiatre que celui ayant rédigé le certificat des 24h), avec précision de la forme de la prise en charge retenue.

FICHE B.3. L'ACCUEIL EN URGENCE DU PATIENT

B.3.1. LE RÔLE DU SAMU ET DU SMUR

B.3.1.1. LE SAMU

Le CHUGA assure une mission de service public de service d'aide médicale urgente (SAMU), pour le département de l'Isère. Le SAMU organise la mission d'aide médicale urgente au Centre de Régulation et de Réception des Appels (CRRA) en collaboration avec des médecins libéraux dans le cadre de la permanence des soins.

Le Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) assure une écoute médicale permanente qui détermine et déclenche dans les délais les plus brefs, la réponse la plus adaptée à la nature de l'appel. Il est amené à solliciter des moyens logistiques variés (SMUR, VSAV, Médecin permanence des soins, ambulances privées ...).

B.3.1.2. LE SMUR

Dans le cadre de la mission de service public, le CHUGA est responsable du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR). Le SMUR est un moyen hospitalier sous la responsabilité d'un chef de service hospitalier. Il assure en permanence et en tout lieu, prioritairement hors de l'établissement, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation. Le cas échéant, et après régulation du CRRA, il assure le transport de ce patient vers un établissement de santé. Le SMUR a également pour mission d'assurer entre deux établissements de santé le transfert de patients nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet.

Le SMUR du CHUGA a pour mission les transferts inter départementaux et inter régionaux de longue distance entre deux établissements de santé par voie terrestre ou hélicoptérée.

B.3.2. LE SERVICE D'ACCÈS AUX SOINS (SAS)

Fondé sur un partenariat ville/hôpital associant à ce stade les médecins généralistes, le Service d'accès aux soins est un service accessible à tous par téléphone. Il permet d'apporter une réponse 24h/24 et 7j/7 à toute demande de soins urgents ou non programmés.

Il vise à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, et à renforcer encore davantage la structuration territoriale des soins, la coordination ville-hôpital et le développement de l'exercice coordonné.

Concrètement, toute personne ayant un besoin de santé urgent ou n'ayant pas de médecin traitant disponible et nécessitant un soin non programmé, peut accéder à distance à un professionnel de santé.

Celui-ci lui proposera un conseil ou l'orientera selon son état :

- vers une consultation non programmée ;
- vers un service d'urgences ;
- ou déclenchera une intervention d'un service mobile d'urgence et de réanimation.

Le SAS s'articule avec la Permanence des soins ambulatoires (PDSA), qui fonctionne en soirée et le week-end aux heures de fermeture des cabinets.

B.3.2. L'ORGANISATION SPECIFIQUE EN SITUATION EXCEPTIONNELLE :

PLAN DE GESTION DES TENSIONS HOSPITALIERES /SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES (PGTHSSE)

Le Directeur Général établit un plan d'organisation pour faire face à un afflux de patients ou de victimes, à une évacuation de tout ou partie de l'établissement, ou à un confinement de l'établissement.

Ce **plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles** (PGTHSSE) permet à un établissement de santé de **mobiliser immédiatement les moyens dont il dispose pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle**. L'origine de celle-ci peut être interne ou externe.

Le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est nommé ci-après « PGTHSSE » ou « plan SSE » (plan situations sanitaires exceptionnelles).

Il est déclenché par le Directeur Général du CHU de Grenoble-Alpes.

Le PGTHSSE détermine les indicateurs de tension hospitalière ainsi que les scénarii des principales SSE susceptibles d'impacter le système de soins :

- **AMAVI** : Accueil massif de blessés victimes d'un évènement grave (accident, catastrophe, attentat)
- **EPI-CLIM** : Epidémie saisonnière ou phénomène climatique
- **REB** : Risque biologique émergent ou connu
- **NRC** : événement Nucléaire, Radiologique, Chimique
- **MEDICO-PSY** : prise en charge médico-psychologique de patients victimes d'un évènement grave dans le cadre (accident, catastrophe, attentat)

Autres circonstances susceptibles de donner lieu au déclenchement d'un plan blanc :

- Evacuation du site (incendie, inondation, éboulement, rupture d'approvisionnements...)
- Crise interne liée à un absentéisme aigu.

B.3.3. L'INTERVENTION DES PERSONNELS EN CAS D'URGENCE OU D'ACCIDENT SURVENANT A PROXIMITE IMMEDIATE DU SITE HOSPITALIER

En cas d'urgence ou d'accident signalé à proximité immédiate d'un site hospitalier, les personnels soignants du site, quels que soient leurs grades ou leurs fonctions, sont tenus de porter secours aux patients ou aux blessés en péril sur la voie publique en mettant en œuvre les mesures adéquates.

B.3.4. ACCUEIL ET ADMISSION EN URGENCE

B.3.4.1. CAS DES PATIENTS AMENES PAR LA POLICE EN URGENCE

Dans le cadre d'une procédure pénale, le représentant légal de l'établissement est tenu d'organiser les prises de sang et tous les autres examens figurant sur une réquisition établie en la forme légale comme il est tenu de remettre aux autorités tout objet ou vêtement précisé sur cette réquisition.

Lorsque les services de police ou de gendarmerie amènent à l'Hôpital une personne en état d'ivresse manifeste, celle-ci doit faire l'objet d'un bilan médical précis de son état. En cas de non admission de cette personne, celle-ci doit être remise aux services de police ou de gendarmerie qui l'ont emmenée à l'Hôpital. Une attestation signée du médecin ayant examiné la personne et indiquant que l'admission n'est pas jugée nécessaire est alors délivrée à ces services.

B.3.4.2. ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE EN URGENCE

Sur avis médical, le Directeur prend toutes mesures, si l'état du patient nécessite des soins urgents et sans préjudice des dispositions relatives au transfert, pour que ces soins urgents soient assurés au sein du site, sous la responsabilité directe du médecin chef de service. En cas de détresse vitale, le Directeur doit prononcer l'admission, même en l'absence de toute pièce d'état civil et de tout renseignement sur les conditions de remboursement des frais de séjour à l'établissement.

Postérieurement à cette admission, tous les moyens seront mis en œuvre pour permettre la récupération des éléments nécessaires à l'enregistrement de l'activité. Si le patient n'est pas identifié et se trouve dans l'incapacité de décliner son identité, l'admission est réalisée provisoirement sous X si les circonstances l'imposent, les informations nécessaires à la constitution de son dossier devant être collectées le plus rapidement possible. Tout patient hébergé dans une unité n'appartenant pas

au service concerné par sa pathologie est pris en charge médicalement par ce service qui confie les soins paramédicaux à l'unité d'hébergement en lui apportant au besoin son concours.

Lorsqu'un patient admis aux urgences refuse de quitter l'hôpital après avoir reçu des soins sans que son état justifie une admission en service d'hospitalisation, il peut être sur décision du Directeur et après avis médical, soit reconduit à la sortie du site, soit adressé à un organisme à caractère social, soit hospitalisé à titre exceptionnel pour une durée limitée.

Tout patient ou blessé dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement signe une attestation traduisant expressément ce refus. A défaut, un procès-verbal du refus est dressé. En cas d'urgence vitale avérée ou de risques de troubles à l'ordre public, le Directeur, sur avis médical, prend toutes mesures appropriées dans le respect du droit des patients.

B.3.4.3. INFORMATION SUR LES PATIENTS HOSPITALISES EN URGENCE

Quel qu'ait été le mode d'arrivée du patient, les agents du service d'accueil 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, l'information des familles s'impose à tous les personnels. Lorsque le patient a été amené par les autorités de police, il incombe aux personnels d'informer la famille de l'admission du patient, sauf avis contraire de ces autorités. Aucune information sur l'admission du patient et son état de santé ne peut être délivrée à des tiers sans son accord exprès sur le contenu des informations diffusées.

B.3.4.4. L'INVENTAIRE A L'ADMISSION EN URGENCE

Si le patient est inconscient ou si son état ne lui permet pas d'exprimer un choix réfléchi, un inventaire de tous les biens en possession du malade est réalisé dans le service d'accueil des urgences ou dans tout autre service d'accueil. Il est aussitôt dressé et signé sans délai par un agent du CHU habilité à le faire et par un accompagnant, ou à défaut par un témoin, y compris un personnel hospitalier si aucune autre solution n'est possible. L'inventaire est classé dans le dossier patient.

Les sommes d'argent et tous les objets du patient sont conservés dans les coffres de la Régie de l'établissement prenant en charge le patient ou dans le coffre de la Trésorerie Principale pour les séjours de longue durée.

Dès que son état de santé le permet, il est remis au malade un double de l'inventaire des biens mis en dépôt, la nature des biens qu'il peut conserver pendant son séjour à l'hôpital et les conditions de retrait des biens déposés.

FICHE B.4. CONSULTATIONS ET SOINS EXTERNES

Le CHUGA dispose de structures de consultations et de soins externes pour les malades dont l'état ne justifie pas une hospitalisation. Leur liste et leur localisation sont indiquées à l'entrée de chaque site.

Sous réserve des dispositions concernant les accouchements sous X et les patients toxicomanes, la facturation de la consultation donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du patient et aux conditions de sa prise en charge.

A cet effet, le patient ou, le cas échéant, son représentant doit présenter au bureau des entrées ou à l'agent comptable sa carte d'assuré social, une pièce officielle d'identité comportant une photographie et en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport, carte de séjour), et le cas échéant un document attestant la prise en charge du ticket modérateur par un organisme tiers payant et son adresse récente (quittance d'électricité, téléphone, gaz...).

Si le malade n'est pas assuré social, et sous réserve de l'intervention de la Permanence d'Accès aux Soins, il est tenu de verser le montant de la consultation. Les services établissent et tiennent à jour des tableaux qui précisent le fonctionnement (horaires- praticiens-lieux) des consultations externes.

Afin de bénéficier du parcours de soins coordonnés, le patient doit déclarer à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dont il dépend, les nom et prénom de son médecin traitant. A ce titre, un médecin hospitalier peut être choisi et déclaré aux organismes de Sécurité Sociale comme médecin traitant assurant le premier niveau de recours aux soins et orientant le patient dans le parcours de soins coordonnés.

FICHE B.5. L'ACTIVITE LIBERALE DES MEDECINS AU SEIN DE L'HOPITAL

B.5.1. L'ORGANISATION ET L'EXERCICE DE L'ACTIVITE LIBERALE

➤ Organisation de l'activité libérale

S'ils en font la demande, les médecins hospitaliers et universitaires exerçant à temps plein et à temps partiel (à hauteur mensuelle de 80 et 90%), conventionnés auprès de l'assurance maladie, peuvent être autorisés, sous certaines conditions fixées par l'article L6154-2 du code de la santé publique, à exercer au sein de l'hôpital une activité libérale sous forme de consultations, de soins en hospitalisation ou d'actes médico-techniques.

Un praticien à temps plein peut exercer une activité libérale à raison de 2 demi-journées maximum par semaine. Un praticien à temps partiel (à hauteur mensuelle de 80 ou 90%) peut exercer à hauteur d'1 demi-journée maximum par semaine.

Un praticien ayant une Activité d'intérêt Générale (AIG) à hauteur de 2 demi-journées par semaine n'est pas autorisé à exercer une activité libérale. Si l'AIG est égale à 1 demi-journée par semaine, le praticien peut exercer une activité libérale à hauteur d'1 demi-journée par semaine maximum.

➤ Exercice de l'activité libérale

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

Préalablement, le patient 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 patient 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 patient ou de ses ayants droit.

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

Aucun lit, ni aucune installation médico-technique ne peuvent être réservés 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.

Le praticien a la possibilité d'exercer une activité libérale au sein d'un autre établissement public de santé membre du Groupement Hospitalier de Territoire, sur deux sites au maximum.

Le praticien aura la possibilité d'exercer une activité libérale soit :

- Intégralement sur son site principal d'affectation
- Sur son site principal d'affectation et en dehors de son site principal d'affectation
- Exclusivement en dehors de son site d'affectation

➤ Charte de l'activité libérale

Les établissements publics de santé doivent élaborer une charte de l'activité libérale intra hospitalière. Cette charte doit être signée par le praticien au moment de la signature du contrat.

Les clauses de la charte visent à garantir :

- l'information des patients quant au caractère libéral de l'activité et les tarifs pratiqués dans ce cadre ;
- le droit des patients à être pris en charge dans le cadre de l'activité publique des praticiens ;
- la transparence de l'exercice d'une activité libérale par les praticiens concernés au sein des organisations médicales.

La charte est arrêtée par le directeur de l'établissement sur proposition de la commission de l'activité libérale après concertation du directoire et avis de la commission des usagers, de la commission médicale d'établissement et du conseil de surveillance.

B.5.2. LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

La prise en charge médicale peut s'effectuer au titre de l'activité libérale sous réserve d'un choix exprès et spontané du patient et d'un accord du médecin concerné. Le patient doit recevoir préalablement de la part du praticien 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 précis qui doit être distinct de celui des consultations publiques. Le montant des honoraires est fixé avec tact et mesure par entente directe entre le patient et le médecin. Lorsque le patient opte pour une prise en charge libérale en hospitalisation, une demande d'admission à ce titre est signée par lui-même, dès son entrée, ou à défaut par un membre de sa famille ou son accompagnant. Lorsqu'il a été pris en charge dans le cadre de l'activité publique, le patient ne peut être réadmis au cours du même séjour dans le cadre d'une activité libérale. Toutefois, le Directeur peut autoriser un tel transfert à titre exceptionnel sur demande motivée du patient ou de ses ayants droit.

B.5.3. LE CONTROLE DE L'ACTIVITE LIBERALE

➤ Contrat d'exercice libéral

Les modalités d'exercice de l'activité libérale font l'objet d'un contrat entre le praticien hospitalier et la direction de l'établissement lequel est transmis au Directeur général de l'ARS pour approbation.

Cette activité s'effectue dans le cadre d'un contrat soumis à un réexamen périodique tous les 5 ans.

Ce contrat comprend nécessairement une clause de non concurrence applicable en cas de départ temporaire ou définitif du praticien de l'établissement qui s'engage à ne pas s'installer à proximité de l'établissement (rayon situé entre 3 et 10km) pendant une durée déterminée pouvant aller de 6 mois à 2 ans. En cas de non-respect de cette clause, le praticien devra verser une indemnité compensatrice à l'établissement.

➤ Commission locale d'activité libérale

Une commission de l'activité libérale interne à l'établissement 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.

Elle peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale.

Cette commission a accès, sous réserve du respect du secret médical, à toute information utile sur l'activité tant libérale que publique d'un praticien exerçant une activité libérale.

➤ Commission régionale de l'activité libérale

Les membres de la Commission Régionale de l'Activité Libérale sont nommés pour trois ans par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

Cette commission placée auprès du Directeur Général de l'ARS a notamment pour mission :

- d'établir un bilan régional de l'activité libérale
- d'émettre à la demande du DGARS, un avis sur les autorisations d'activité libérale
- d'être systématiquement consultée lorsque la clause de non concurrence n'est pas respectée
- d'être obligatoirement consultée sur les mesures de suspension ou de retrait d'autorisation proposées en cas de manquement d'un praticien aux obligations qui lui incombent

FICHE B.6. LES STRUCTURES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION

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.

Hospitalisation à domicile (HAD) :

Le service d'hospitalisation à domicile du CHU de Grenoble Alpes intervient dans une aire géographique et pour des pathologies déterminées justifiant des soins continus et coordonnés.

L'HAD prend en charge des patients à leur domicile, pour des soins complexes formalisés dans un projet thérapeutique clinique et psychosocial.

Ces soins sont coordonnés et dispensés par une équipe pluridisciplinaire, sur une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de l'état de santé.

Tout patient atteint de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables, peut bénéficier de l'Hospitalisation à Domicile (HAD) sous la responsabilité de son médecin traitant et en lien étroit avec le médecin coordonnateur de l'HAD.

L'HAD comporte 4 secteurs :

- Adulte
- HAD de jour oncologie / hématologie
- Obstétrique (grossesse pathologique et suite de couches)
- Pédiatrie

Tout service du CHUGA et autre établissement sanitaire du territoire (GHM, Cèdres, Belledonne, SSR...) peut demander une HAD pour un patient.

Les soins dispensés se caractérisent par leur complexité, leur durée et/ou la fréquence des actes. L'HAD coordonne les besoins en soins infirmiers, de rééducation et dispose d'un service social pour soutenir et initier les démarches nécessaires pour le patient et son entourage.

FICHE B.7. LES DISPOSITIONS PARTICULIERES AUX PATIENTS MINEURS

B.7.1. LA PROTECTION DES MINEURS

L'établissement, lorsqu'un mineur lui a été confié pour des examens médicaux ou des soins, est investi à son égard d'un devoir de garde et de surveillance adapté à son état de mineur. À ce titre, il est tenu de prendre en charge les besoins du mineur, notamment au plan psychologique, et de provoquer les mesures de protection appropriées, lorsqu'elles s'imposent. Lorsqu'à l'admission d'un enfant, un médecin découvre ou suspecte qu'il est victime de mauvais traitements, il doit mettre en œuvre la procédure de protection des mineurs en le signalant aux autorités administratives ou judiciaires compétentes.

La séparation des parents est sans incidence sur les règles de dévolution de l'exercice de l'autorité parentale. En outre, l'article 372 du Code Civil précise que les parents exercent en commun l'autorité parentale. Par conséquent, tant qu'une décision judiciaire n'est pas intervenue afin de modifier l'exercice de l'autorité parentale, cet exercice demeure commun.

B.7.2. LES CONSULTATIONS POUR 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 parents ou par son tuteur. Si le mineur est seul après la consultation, il faut prévenir ses parents. Si ces derniers ne peuvent être joints et si le mineur est sortant, il convient de saisir le directeur qui apprécie en fonction des éléments donnés si l'enfant est capable de rentrer seul ou non. Il jugera au cas par cas des mesures à prendre, le cas échéant il saisira le Parquet pour signalement.

B.7.3. L'ADMISSION DES PATIENTS MINEURS

Les services spécialisés en pédiatrie reçoivent les enfants d'un âge n'excédant pas 18 ans.

En dehors du cas d'urgence, l'admission ne peut être prononcée en principe sans l'autorisation :

- D'une personne exerçant l'autorité parentale (père, mère ou tuteur) ou de l'autorité judiciaire
- Du directeur de l'établissement d'éducation ou du gardien 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.

- Du service de l'Aide Sociale à l'Enfance (sauf si le mineur lui a été confié par ses père, mère ou tuteur, joignables en temps utile).

Le dossier d'admission doit comporter l'indication précise de la personne investie de l'autorité parentale et exerçant ce droit.

Lors de l'admission, il convient de :

- vérifier systématiquement l'identité des accompagnants et le régime d'exercice de l'autorité parentale ;
- recueillir les coordonnées (adresse, téléphone) des deux titulaires de l'autorité parentale ;
- s'assurer de l'accord des titulaires de l'autorité parentale pour l'admission.

La décision d'admission est attestée par la signature de la fiche individuelle d'admission, laquelle peut être signée par un seul des titulaires de l'autorité parentale. En effet, la décision d'admission est considérée comme un acte usuel (par opposition aux actes non usuels ou actes lourds, pour lesquels l'accord des deux titulaires de l'autorité parentale est requis).

L'admission du mineur, régulièrement autorisée, implique l'acceptation d'un programme thérapeutique élaboré par le médecin du service. Toutefois, en cas d'intervention chirurgicale, l'autorisation écrite des parents ou du détenteur de l'autorité parentale est exigée.

B.7.3.1 LES SOINS CONFIDENTIELS A LA DEMANDE DU MINEUR

Lorsqu'une intervention ou un traitement s'impose pour sauvegarder la santé du mineur et que celui-ci s'oppose expressément à ce que le médecin consulte les titulaires de l'autorité parentale, le médecin peut se dispenser d'obtenir leur consentement.

Le médecin n'a toutefois pas l'obligation d'accéder à cette demande.

- S'il accepte, le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale à la délivrance des soins ne sera pas exigé. Dans ce cas, plusieurs conditions cumulatives doivent être réunies et tracées au dossier patient :

1. le médecin s'efforce d'abord d'obtenir le consentement du mineur à la consultation des titulaires de l'autorité parentale.
2. Si le mineur maintient son opposition, le médecin le mentionne par écrit.

3. Les soins ne peuvent être mis en œuvre que s'ils s'imposent pour sauvegarder la santé du mineur (traitements et interventions).

4. Le mineur est accompagné dans sa démarche thérapeutique par une personne majeure de son choix. Il peut s'agir d'un ami, d'une assistante sociale, d'une infirmière scolaire, d'un frère ou d'une sœur... Cette personne majeure n'est pas destinataire de l'information relative à l'état de santé du mineur. Elle n'a pas à donner son consentement, ni à signer l'autorisation écrite d'opérer.

Il est recommandé d'indiquer au médecin de consigner dans le dossier du patient mineur les démarches entreprises pour le convaincre de contacter ses parents, ainsi que les raisons qui ont conduit le professionnel de santé à accepter la prise en charge, ainsi que les éléments permettant de considérer les soins comme nécessaires à la sauvegarde de la santé du mineur. Il est également indiqué de contrôler la présence de la demande écrite de secret établie par le mineur, qui doit être insérée par le médecin dans son dossier médical.

- Si le médecin n'accède pas à la demande du mineur, il doit lui indiquer qu'il n'accepte pas de dispenser des soins sans le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale, et tenter de trouver une solution alternative, sans abandonner le mineur à lui-même ni tromper sa confiance.

B.7.3.2 L'ADMISSION DES MINEURES DESIRANT SUBIR UNE INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)

Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal, doit être recueilli. Toutefois, si la mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soit consulté, ou doit vérifier que cette démarche a été effectuée lors de l'entretien préalable à l'intervention, réalisé dans les conditions légales. Si le consentement de la mineure n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner par une personne majeure de son choix.

B.7.3.3 LES MINEURS EN SITUATION DE RUPTURE FAMILIALE

Les mineurs dont les liens de famille sont rompus peuvent bénéficier à titre personnel, à leur demande et sur décision de la Caisse de Sécurité Sociale, de la couverture maladie universelle (CMU). Dans ce cas, leur seul consentement est requis pour les décisions médicales les concernant. Pour régler le problème particulier des jeunes en rupture familiale avant 18 ans et favoriser leur accès

aux soins, la loi prévoit que dès 16 ans, les jeunes pourront obtenir le statut d'ayants droit autonomes. Ainsi, ils seront personnellement remboursés de leurs dépenses de santé sans passer par le compte de l'assuré dont ils sont ayants droit.

De plus, à partir de 16 ans, les mineurs en rupture de vie familiale pourront également, sur leur demande et après autorisation de l'autorité administrative, bénéficier de la protection complémentaire en matière de santé.

B.7.4. L'ACCOMPAGNEMENT DES MINEURS EN HOSPITALISATION

Lorsqu'une hospitalisation est décidée, le directeur d'établissement organise, avec les médecins chefs de service concernés, les modalités d'accompagnement des mineurs par leurs parents au cours de leur séjour.

Les parents ou toute autre personne qui s'occupe du mineur 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 patients.

Ils doivent pouvoir 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 ou toute personne expressément autorisée, doivent avoir la possibilité de s'informer régulièrement de son état de santé auprès du personnel qualifié. A cet effet, et lorsque son état le permet, ils peuvent communiquer avec lui par téléphone.

FICHE B.8. LES DISPOSITIONS PARTICULIERES AUX FEMMES ENCEINTES

B.8.1. L'ADMISSION EN MATERNITE

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 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

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 d'un service médicalement adapté au cas de l'intéressée.

B.8.2. L'ACCOUCHEMENT ANONYME - L'ACCES AUX ORIGINES PERSONNELLES

Une femme qui souhaite accoucher de façon anonyme doit être reçue dans la maternité sans obligation de divulguer son identité. S'il s'agit d'une mineure, l'admission a lieu dans les mêmes conditions, il n'y a pas d'obligation de demander une autorisation parentale de soin, l'identité de la personne ne pouvant être recueillie. Dans tous les cas, aucune pièce d'identité n'est demandée et il n'est procédé à aucune enquête. Le secret de l'identité est préservé pendant toute la durée de son hospitalisation. Entre son admission et jusqu'à la déclaration de naissance, la patiente peut faire part soit de son souhait d'anonymat, soit de son intention de le lever.

Elle est invitée à laisser - si elle l'accepte – lors de son séjour, tous renseignements, documents ou objets qu'elle juge importants pour l'enfant et qu'elle souhaite lui transmettre sous pli fermé, qui sera remis ensuite au correspondant départemental du conseil national pour l'accès aux origines personnelles (CNAOP).

Elle est également informée des mesures instituées pour aider les parents à élever eux-mêmes leurs enfants, des conséquences juridiques de sa demande, des délais de rétractation, des conditions suivant lesquelles l'enfant pourra être repris ainsi que sa possibilité de lever le secret à tout moment pendant ledit délai prévu légalement.

B.8.3. L'ADMISSION DES FEMMES POUR UNE INTERRUPTION DE GROSSESSE

Des interruptions volontaires de grossesse (IVG) sont pratiquées conformément aux dispositions légales et réglementaires avant la fin de la douzième semaine de grossesse. Pour une femme mineure non émancipée qui désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou le représentant légal soient consultés. Tout médecin intervenant doit vérifier que cette démarche ait été réalisée. Si la mineure s'oppose à cette consultation ou si le consentement n'est pas obtenu, l'IVG ainsi que les actes médicaux et soins liés peuvent être pratiqués à sa demande. Elle peut se faire accompagner par une personne majeure de son choix dont l'identité doit être tracée dans le dossier patient. Dans ce cas l'accompagnant se fera de l'admission de la mineure jusqu'à sa sortie.

Si le médecin détermine que des soins sont indispensables à la santé de la mineure, des dispositions légales prévoient deux hypothèses :

- La mineure consent au traitement mais ne veut pas que ses parents soient informés de son état de santé : elle dispose d'un droit au secret opposable à ses représentants légaux. Si la mineure a rompu les liens familiaux et bénéficie de la CMU (majorité sanitaire), seul le consentement de celle-ci est requis,
- La mineure refuse les soins, elle n'a pas la possibilité de s'opposer à ce que ses parents soient informés de son état de santé.

Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une IVG mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention dans les conditions réglementaires. Cette information doit aussi être donnée en cas de manque de place sur le site, en orientant sur les autres structures situées à Grenoble.

L'IVG est autorisée par la loi pour les femmes étrangères dans les mêmes conditions que pour les femmes de nationalité française, sans conditions spécifiques de durée et de régularité du séjour en France.

Toute personne qui empêche ou tente d'empêcher une IVG ou les actes ou soins préalables, de quelque manière que ce soit, se rend coupable d'un délit pénal. Lorsque cette infraction est commise, le Directeur est tenu de porter plainte contre son ou ses auteurs pour délit d'entrave à l'interruption légale de grossesse.

Une interruption de grossesse peut être pratiquée, à toute période, pour motif médical dans les conditions légales et réglementaires.

FICHE B.9. LES DISPOSITIONS PARTICULIERES A D'AUTRES PATIENTS

Des informations sur les conditions administratives et financières d'admission à l'hôpital peuvent être demandées par le Bureau des Entrées aux patients suivants :

- Patients étrangers et débiteurs étrangers conventionnés ;
- Patients gardés à vue : Les mesures de surveillance et de garde incombent exclusivement aux personnels de police ou de gendarmerie et s'exercent sous leur responsabilité. Elles ne doivent pas entraîner de gêne pour l'exécution du service hospitalier ou pour les autres patients. En aucun cas le service de sécurité du site n'est habilité à y participer.
- Militaires et victimes de guerre : L'admission de militaires en urgence dans un hôpital civil est signalée aux autorités militaires.
- Toxicomanes (cure de désintoxication) : Les toxicomanes se présentant spontanément peuvent demander à bénéficier de l'anonymat.
- Evacués sanitaires
- Patients avec enfants à prendre en charge provisoirement par le Service d'Aide Sociale

Dispositions particulières relatives aux personnes détenues :

Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire en milieu hospitalier font partie des missions de service public dévolues aux établissements publics hospitaliers.

➤ Les soins en milieu pénitentiaire :

Les Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire. Les USMP assurent des missions de diagnostic et de soins (par exemple : consultations médicales et soins infirmiers courants) ainsi que la coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé. Les USMP sont composées d'équipes hospitalières pluridisciplinaires.

➤ Les soins en milieu hospitalier :

Les détenus patients ou blessés, nécessitant des soins hospitaliers, doivent en principe être hospitalisés au sein d'un hôpital spécialisé dans des locaux spécialement aménagés à cet effet. Toutefois, en cas d'urgence ou de nécessité de soins spécialisés, l'hôpital peut assurer leur hospitalisation dans d'autres locaux. Dans cette hypothèse, les mesures de surveillance et de garde incombent exclusivement aux personnels de police ou de gendarmerie et s'exercent sous leur responsabilité.

Pour les soins somatiques, les détenus sont hospitalisés au sein des chambres sécurisées, accueillent les hospitalisations urgentes ou d'une durée prévisible de moins de 48 heures. Une garde statique est assurée par les forces de l'ordre, devant les chambres.

Pour les hospitalisations en médecine et en chirurgie d'une durée supérieure à 48 heures, les détenus sont hospitalisés au sein des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI). Leur sécurisation est assurée par l'administration pénitentiaire, présente dans les unités.

Pour les soins psychiatriques, les détenus sont hospitalisés au sein d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) destinées à l'accueil des personnes détenues souffrant de troubles mentaux, qu'elles soient placées en hospitalisation libre ou en soins sans consentement.

PARTIE C - INFORMATION ET CONSENTEMENT AUX SOINS

FICHE C.1. LA DELIVRANCE DE L'INFORMATION

C.1.1. DROIT A L'INFORMATION DU PATIENT

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

Elle doit être loyale, accessible et appropriée à l'état du malade.

Elle peut être délivrée à la demande du patient en présence de la personne de confiance.

Elle porte sur :

- L'état du patient et son évolution prévisible
- La description et le déroulement des investigations, soins, interventions envisagés avec leurs alternatives
- Les bénéfices escomptés, les conséquences et les inconvénients
- Les complications et les risques éventuels, y compris exceptionnels
- Les précautions recommandées au patient
- Les frais auxquels le patient peut être exposé à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas échéant,

La traçabilité de l'information médicale donnée au patient est intégrée dans le dossier patient.

Le médecin s'assure que le patient a bien compris l'information donnée. Lorsqu'il existe des documents écrits, il est souhaitable qu'ils soient remis au patient. Chaque médecin informe le patient de l'ensemble des éléments relevant de sa discipline.

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

Si le patient n'est pas en état de recevoir l'information ou de faire un choix, le médecin s'adressera à la personne de confiance.

Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leurs domaines de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.

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.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions légales et réglementaires prévues au présent article.

Cette preuve peut être apportée par tout moyen. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

C.1.2. LES OBLIGATIONS DU PATIENT HOSPITALISE

➤ L'obligation d'information

Le patient est lié par le devoir d'informer le médecin de tous les événements dont il a connaissance et qui pourraient utilement permettre au praticien d'éclairer son diagnostic et d'envisager le traitement. En effet, le diagnostic s'appuie sur un examen clinique. Par conséquent, si le patient passe sous silence certaines informations, les constatations médicales peuvent être faussées. C'est ici une obligation de loyauté du patient envers le médecin. En cas de dommage, la responsabilité de celui-ci pourrait être écartée ou du moins exonérée en partie du fait des informations cachées par les patients.

➤ L'obligation de suivre le traitement prescrit

Le médecin est tenu d'une obligation de moyens, c'est-à-dire qu'il doit mettre en œuvre tous les moyens à sa disposition pour soigner son patient. Si le patient, après avoir accepté le traitement s'en écarte, l'arrête ou le modifie, il compromet d'une part ses chances de guérison, mais d'autre part, il remet en cause par son comportement la décision médicale adoptée. Par conséquent, l'arrêt d'un traitement doit se faire en accord avec le médecin. La responsabilité du prescripteur ne saurait être engagée en cas d'arrêt ou de modification du traitement sans l'avis de ce dernier.

C.1.3. L'INFORMATION DU PATIENT ET LES DOMMAGES LIES AUX SOINS

L'annonce d'un dommage associé aux soins est une obligation légale. Cette exigence d'information est rappelée dans le manuel de Certification de la Haute Autorité en Santé (HAS) en vigueur. Tout événement ayant entraîné un dommage physique et/ou psychologique fait l'objet d'une annonce, qu'il soit consécutif à des complications de la pathologie du patient, à un aléa thérapeutique ou à une erreur. Cette démarche d'information doit être effectuée au plus tôt et dès que l'état physique ou psychologique du patient le permet. Elle est obligatoire dans les quinze jours ayant suivi la découverte du dommage.

L'obligation d'information s'adresse :

- aux patients et/ou à ses représentants légaux (patient mineur ou sous tutelle)
- aux ayants droits en cas de décès du patient

Il faut souligner que le patient peut donner son accord pour que l'information soit transmise à un membre de la famille ou le cas échéant à la personne de confiance. L'entourage pourra être impliqué dans le processus d'annonce. Si l'état physique et psychologique du patient ne lui permet pas de recevoir l'information (tels les patients hospitalisés en réanimation), celle-ci devra être délivrée à la personne de confiance. C'est un professionnel sénior ou un autre médecin expérimenté qui effectue l'information de la survenue de l'événement indésirable.

En lien avec les recommandations de la HAS, l'information délivrée porte sur la description des faits (connus et sûrs), sur la présentation de regrets voire d'excuses en cas d'erreur avérée, sur les actions correctives mises en place pour que l'événement ne se reproduise plus, sur la proposition d'offre de soutien.

L'information délivrée au patient et/ou à ses ayants droit est tracée dans le dossier patient. L'événement indésirable fait l'objet d'une déclaration, d'une analyse et d'une présentation en revue mortalité morbidité (R.M.M.) pour les services concernés afin d'éviter qu'il ne se reproduise.

C.1.4. L'INFORMATION DES PERSONNES AUTRES QUE LE PATIENT

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

Avec l'accord du patient et dans le but de le faire bénéficier d'un soutien, les indications d'ordre médical – telles que le diagnostic et l'évolution de la maladie – peuvent être données aux membres de la famille par les médecins dans les conditions et limites définies par le Code de la Santé Publique et le Code de Déontologie Médicale.

Si le patient majeur a désigné par écrit une « personne de confiance » et dans la mesure où il devient hors d'état de recevoir des informations, cette personne en sera destinataire.

Sur demande écrite, les ayants droits d'un patient décédé peuvent notamment, en ayant accès aux documents de son dossier patient, dans les mêmes conditions que l'intéressé, obtenir les informations qui leur seraient nécessaires pour connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt, ou faire valoir leurs droits sauf opposition exprimée par la personne avant son décès. Ils doivent par ailleurs être informés sur les circonstances et les causes d'un dommage imputable à l'activité soignante si la personne décédée en a été victime ou en est estimée victime.

En cours d'hospitalisation, à la demande du patient ou de son médecin, l'hôpital est tenu d'informer par lettre le médecin désigné par le patient hospitalisé ou par sa famille de la date et de l'heure de l'admission et du service concerné. Il l'invite en même temps à prendre contact avec le service hospitalier, à solliciter tous les renseignements utiles sur le patient et à manifester éventuellement le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de ce dernier.

En cours d'hospitalisation, le médecin hospitalier communique au médecin désigné dans les conditions ci-dessus et qui en fait la demande écrite, toutes les informations relatives à l'état du patient. L'ensemble des informations utiles sont communiquées, avec les conclusions médicales, au patient et au médecin traitant à l'issue de l'hospitalisation. Le double de ces documents est conservé dans le dossier du patient.

C.1.5. LA PERSONNE DE CONFIANCE

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être toute personne majeure (un parent, un proche ou le médecin traitant) et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage.

Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révoquable à tout moment. Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance. Lors de toute hospitalisation, il est proposé aux patients majeurs de désigner une personne de confiance. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation à moins que le patient n'en dispose autrement.

La personne de confiance peut être différente de la personne à prévenir. Cette personne, désignée par écrit 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.

A tout moment, l'intéressé peut révoquer la désignation de la personne de confiance. La personne de confiance doit être distinguée de la personne à prévenir. Si le patient n'a pas souhaité désigner de personne de confiance, son refus sera tracé dans le dossier médical.

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

Les directives anticipées peuvent être confiées à la personne de confiance. Toutefois, à moins que le patient n'ait fait une procuration expresse dans ce sens, la personne de confiance ne pourra obtenir la communication du dossier patient et ne pourra passer outre le souhait du patient que certaines informations demeurent confidentielles. A noter que le simple titre de personne de confiance ne donne aucun pouvoir de décision quant aux mesures à prendre si le patient est décédé.

C.1.6. L'ACCES AU DOSSIER PATIENT

L'ensemble des informations médicales formalisées constitutives du dossier patient sont accessibles en principe au seul patient sauf dérogations accordées à des tiers.

C.1.6.1. CONTENU DU DOSSIER PATIENT

Le dossier du patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées actualisées et enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit. Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé.

Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés:

1) Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment :

- a) La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou, en cas d'admission, la lettre de liaison ;
- b) Les motifs d'hospitalisation ;
- c) La recherche d'antécédents et de facteurs de risques ;
- d) Les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;
- e) Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ;
- f) La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ;
- g) Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d'imagerie ;
- h) Les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l'article L. 1111-4 ;
- i) Le dossier d'anesthésie ;
- j) Le compte rendu opératoire ou d'accouchement ;
- k) Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire ;
- l) La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 1221-40 ;
- m) Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ;
- n) Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ;
- o) Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ;
- p) Les correspondances échangées entre professionnels de santé ;

q) Les directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 ou, le cas échéant, la mention de leur existence ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice.

2) Les informations formalisées établies à la fin du séjour. Elles comportent notamment :

- a) La lettre de liaison remise à la sortie prévue par l'article R. 1112-1-2 ;
- b) La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ;
- c) Les modalités de sortie (domicile, autres structures) ;
- d) La fiche de liaison infirmière ;

3) Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.

Sont seules communicables les informations énumérées aux 1) et 2)

C.1.6.2. LA COMMUNICATION DU DOSSIER PATIENT AU PATIENT OU A SES REPRESENTANTS OU A SES AYANTS DROIT

Toute personne dispose d'un droit d'accès aux informations formalisées la concernant qui sont détenues par l'hôpital, à l'exclusion des informations concernant des tiers ou recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique.

Ces informations figurent dans le dossier patient constitué pour le patient hospitalisé et conservé conformément à la réglementation applicable aux archives hospitalières.

Dans tous les cas, l'hôpital est tenu d'assurer la garde et la confidentialité des informations et des dossiers conservés, conformément notamment aux dispositions sur les traitements informatiques et aux obligations de secret et de discrétion sur le plan professionnel.

Modalités de communication

Le patient peut y accéder soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin de son choix.

La demande de communication du dossier se fait par écrit (accompagnée de justificatifs d'identité du demandeur) à l'attention du Directeur général.

La personne chargée de la gestion des dossiers médicaux devra vérifier l'identité du demandeur ou, le cas échéant, la qualité de médecin de la personne désignée comme intermédiaire ou mandataire du patient en réclamant les pièces justificatives.

La communication du dossier a lieu :

➤ soit par consultation sur place ;

La consultation du dossier patient peut s'effectuer sur place au niveau du service et sur rendez-vous. Le médecin ayant établi les informations médicales peut recommander la présence d'une tierce personne, mais le patient peut refuser cet accompagnement.

➤ soit par l'envoi par le CHU de la reproduction des pièces du dossier,

La consultation et l'envoi du dossier médical sont gratuits.

Délais de communication

Le dossier sera envoyé soit au patient lui-même, soit au médecin désigné par celui-ci. L'intéressé obtient communication du dossier patient au plus tard 8 jours à compter de la réception de sa demande et au plus tôt après l'observation d'un délai de 48 heures. Ce délai est porté à deux mois pour les informations médicales datant de plus de 5 ans.

Les délais de réponse s'appliquent à compter de la date de réception de la demande complète à la Direction Générale.

L'Etablissement n'est pas tenu de satisfaire aux demandes de communication manifestement abusives par leur nombre ou leur caractère systématique.

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.).

Personnes ayant accès au dossier médical :

- dans le cas d'un patient majeur :

- le patient lui-même ou le mandataire qu'il a désigné (avocat, autre personne bénéficiaire d'un mandat écrit)
- le droit d'accès des personnes faisant l'objet d'une mesure de protection juridique (majeurs protégés) s'exerce dans les mêmes conditions que pour les autres personnes majeures : elle a accès à toutes les informations concernant sa santé détenues par l'établissement.

Par ailleurs, lorsque le patient fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne (tutelle ou habilitation familiale avec représentation) : la personne en charge de la mesure de protection a accès aux informations concernant la santé du majeur.

Lorsque le patient fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance à la personne (curatelle, habilitation familiale simple): l'accès aux informations par la personne chargée de son assistance n'est possible qu'à la condition d'obtenir le consentement exprès du majeur.

- le médecin éventuellement désigné par le patient

- dans le cas d'un patient mineur : le (s) titulaires de l'autorité parentale, sauf si le mineur s'y oppose expressément à la consultation du dossier médical par le ou les titulaires de l'autorité parentale, afin de garder le secret sur son état de santé, conformément aux dispositions de l'article L. 1111-5.

En cas de décès d'une personne mineure, les titulaires de l'autorité parentale conservent leur droit d'accès à la totalité des informations médicales la concernant, à l'exception des éléments relatifs aux décisions médicales pour lesquelles la personne mineure, le cas échéant, s'est opposée à l'obtention de leur consentement.

- dans le cas d'un patient décédé :

- les héritiers et ayants-droit, le concubin, ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité, sauf volonté contraire exprimée par le patient de son vivant. Ces demandeurs doivent indiquer le motif de leur demande, leur droit d'accès étant limité aux informations nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits.

Seules peuvent être transmises aux ayants droit les informations répondant à l'objectif poursuivi. A cet effet, la décision de remettre telle ou telle pièce relève de l'appréciation de l'équipe médicale.

C.1.6.3. LA COMMUNICATION DU DOSSIER PATIENT A DES TIERS

Des informations médicales peuvent être communiquées à certains tiers dans les conditions déterminées par la réglementation en vigueur :

- Médecin traitant : à la fin du séjour hospitalier, un compte rendu de l'hospitalisation ainsi que toute autre pièce jugée nécessaire, sont adressés dans un délai de 8 jours au praticien que le patient ou son représentant légal aura désigné afin d'assurer la continuité des soins. A défaut, ces pièces sont remises directement au patient ; des doubles de ces documents sont conservés dans le dossier du patient.

- Transfert du patient dans un autre établissement : en cas de transfert du patient dans un autre site hospitalier, les informations médicales nécessaires seront transmises à l'établissement concerné pour assurer la continuité de la prise en charge.
- Autorités judiciaires, services de police : le dossier patient peut être saisi dans le cadre d'une procédure judiciaire (information judiciaire ou enquête de flagrance).

Dans ces cadres d'enquête, les saisies s'imposent à la personne ou à l'établissement concerné (y compris aux médecins), sans que puisse être opposé le secret médical.

Ce dernier doit néanmoins prendre toute mesure utile pour que soit assuré le respect du secret professionnel.

En outre, la saisie doit en principe être réalisée en présence du médecin chef de service, du directeur ou de son représentant, et d'un membre du conseil de l'ordre des médecins.

La saisie portant sur l'original du dossier médical, une copie doit être effectuée et conservée par le(s) service (s) concerné (s)

- Le dossier médical peut être communiqué, sous certaines conditions, à un médecin-expert dans le cadre d'une procédure contentieuse
- Les médecins conseils du service du contrôle médical de la sécurité sociale, les médecins experts de la Haute Autorité de Santé 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

C.1.6.4. COMMUNICATION D'INFORMATIONS MEDICALES AUX ASSURANCES

Les médecins sont régulièrement sollicités en vue de la rédaction de certificats ou de questionnaires de santé demandés par le contractant ou ses ayants droit, les assurances ou leurs médecins conseil.

Du vivant du patient aucun certificat ne doit être adressé à un tiers sauf situation prévue par la réglementation, mais doit être remis en main propre au patient qui en fait lui-même la demande. Les intérêts propres d'une personne n'autorisent pas le médecin, même avec l'accord de celle-ci, en dehors des cas prévus par la loi, à dévoiler à un tiers, ce qu'il a appris à l'occasion des soins dispensés et même au-delà.

En cas de décès du patient :

- S'il est contacté directement par le médecin de la compagnie d'assurance, le médecin, lié par le secret médical, ne doit pas lui répondre.

- S'il est contacté par des ayants droit de la personne décédée, par son concubin ou par son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, le médecin qui a constaté le décès peut leur remettre un certificat indiquant, sans autre précision, que le décès résulte d'une cause naturelle ou d'un accident.¹

C.1.6.5 DOSSIER MEDICAL PARTAGE (DMP)

Afin de favoriser la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins, les patients peuvent disposer, dans les conditions et sous les garanties prévues aux articles L.1110-4 et L. 1110-4-1 et dans le respect du secret médical, d'un dossier médical partagé.

Le dossier médical partagé est créé sous réserve du consentement exprès de la personne ou de son représentant légal.

Dans le respect des règles déontologiques qui lui sont applicables, chaque professionnel de santé reporte dans le dossier médical partagé, à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge.

¹ Extrait du guide « Assurances : questionnaires de santé et certificats » publié par le CNOM [Certificats médicaux et assurances, \(conseil-national.medecin.fr\)](http://conseil-national.medecin.fr)

FICHE C.2. LE CONSENTEMENT AUX SOINS

C.2.1. LES PRINCIPES GENERAUX

Toute personne prend, avec les professionnels de santé concernés et compte tenu des informations et des préconisations qu'ils lui fournissent, les décisions concernant sa santé¹.

Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui². Les prélèvements d'éléments et de produits du corps humain ne peuvent être pratiqués que dans les cas et les conditions prévus par la loi.

Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir.

C.2.2. LE RECUEIL DU CONSENTEMENT ET LES DIRECTIVES ANTICIPEES

C.2.2.1 LE RECUEIL DU CONSENTEMENT

Par principe, aucun acte ou traitement médical ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du patient, ou sans celui des titulaires de l'autorité parentale si le patient est mineur. Ce consentement peut être retiré à tout moment.

Un consentement spécifique est prévu pour certains actes tels que le dépistage des maladies contagieuses, les prélèvements, les recherches impliquant la personne humaine.

Lorsque le patient, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le patient de ses conséquences.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sans que la personne de confiance, la famille, ou à défaut un de ses proches n'ait été consulté³, sauf en cas d'urgence ou d'impossibilité de le faire

¹ Article L. 1111-4, alinéa 1 du Code de la Santé Publique

² Article 16-3 du Code Civil

³ Article R. 4127-36 du Code de la Santé Publique

➤ Modalités de rédaction des directives anticipées

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. L'objet de ces dernières est de permettre à la personne de faire connaître ses volontés quant à sa fin de vie concernant les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux.

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

Lorsque l'auteur de ces directives, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même le document, il peut s'il le souhaite, demander à deux témoins dont la personne de confiance lorsqu'elle est désignée, d'attester que le document qu'il n'a pu rédiger lui-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Ces témoins indiquent leur nom et qualité et leur attestation est jointe aux directives anticipées.

Les directives anticipées doivent être écrites, datées et signées. Leur auteur majeur doit être clairement identifié (nom, prénom, date et lieu de naissance).

La validité des directives anticipées n'est pas limitée dans le temps, elles peuvent être, à tout moment, soit révisées, soit révoquées. Elles sont révisées, selon les mêmes modalités que celles prévues pour leur élaboration. En présence de plusieurs écrits répondant aux conditions de validité, le document le plus récent l'emporte.

Des modèles de directives anticipées sont disponibles sur le site internet de la Haute Autorité de Santé.

➤ Modalités d'application des directives anticipées

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

La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical. Elle est obligatoirement portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de

la famille ou des proches. Cette information est également indiquée dans le dossier médical du patient.

Lorsqu'il envisage de prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement, le médecin, s'il ne trouve pas de directives anticipées dans le dossier en sa possession, s'enquiert de leur existence éventuelle auprès de la personne de confiance, si elle est désignée, de la famille ou, à défaut, des proches ou (et) le cas échéant, auprès du médecin traitant du patient ou du médecin qui la lui a adressée.

Les directives anticipées sont conservées selon les modalités les rendant facilement accessibles pour le médecin appelé à prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement dans le cadre de la procédure collégiale¹.

➤ Modalités de dépôt et de conservation des directives anticipées

Les directives anticipées peuvent également être conservées:

- Par un médecin de ville, qu'il s'agisse du médecin traitant ou d'un autre médecin choisi par la personne qui les a rédigées ; -
- En cas d'hospitalisation, dans le dossier médical du patient ;
- En cas d'admission dans un établissement médico-social, dans le dossier type de soins ;
- Par leur auteur ou confiées par celui-ci à la personne de confiance, à un membre de la famille ou à un proche.
- Dans les trois premiers cas, les dispositions relatives au secret professionnel et au partage du secret entre les professionnels de santé sont applicables aux directives anticipées

¹ Article R. 1111-19 du Code de la Santé Publique

C.2.3. LE REFUS DE SOINS

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si la volonté du patient de refuser ou d'interrompre tout traitement, met sa vie en danger, Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Le patient, conscient, doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. L'ensemble de la procédure est inscrit dans le dossier médical du patient.

La sortie après refus de soins : lorsque les patients n'acceptent pas le traitement, l'intervention ou les soins qui leurs sont proposés, leur sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant des soins immédiats, est prononcée par le Directeur Général ou son représentant.

Dans ce cas, la personne hospitalisée signe un document constatant son refus d'accepter les soins proposés. Si ce dernier refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé.

C.2.4. LES PATIENTS ET LA FIN DE VIE

La législation relative aux droits des patients et à la fin de vie et la loi du 2 février 2016¹ en faveur des patients et des personnes en fin de vie comporte plusieurs principes :

- Le droit à une fin de vie digne.
- L'interdiction de toute obstination déraisonnable du point de vue du médecin;
- Le droit pour tout patient à l'abstention ou l'arrêt de tout traitement ;
- La mise en place d'un processus décisionnel collégial pour les cas des patients qui ne sont pas en état de s'exprimer;
- La limitation et l'arrêt des traitements reposant sur quatre mots clés : collégialité, transparence de la décision, traçabilité des données (hydratation et alimentation) et information ;
- La prise en charge de la douleur et de la souffrance et la mise en place de soins palliatifs;
- Le droit à la sédation profonde et continue.

¹ Loi n°2016-87 du 2 Février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

C.2.4.1 L'INTERDICTION DE TOUTE OBSTINATION DERAISONNABLE

Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire.

La nutrition et l'hydratation artificielles constituent des traitements qui peuvent être arrêtés conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins palliatifs visant à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne et à soutenir son entourage.

Le(s) projet(s) de limitation, d'arrêt ou de poursuite du traitement est/sont notifié(s) aux personnes auprès desquelles le médecin s'est enquis de la volonté du patient, dans des conditions leur permettant d'exercer un recours en temps utile.

C.2.4.2 LES DROITS POUR TOUT PATIENT A L'ABSTENTION OU L'ARRET DE TOUT TRAITEMENT

Lorsqu'un patient en fin de vie, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, est conscient et décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin est tenu de respecter sa volonté après l'avoir informé des conséquences de son choix. La décision du patient est inscrite dans son dossier.

C.2.4.3 LES DECISIONS POUR LE PATIENT HORS D'ETAT D'EXPRIMER SA VOLONTE

Lorsque le patient en fin de vie est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement considéré comme vain ou disproportionné, ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie sans respecter les dispositions suivantes :

- Mise en œuvre de la procédure collégiale : la décision est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins et sur l'avis motivé d'au moins un médecin appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile.

- Information des proches et prise en compte des volontés du patient : la décision prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées s'il en a rédigé. En l'absence de volonté exprimée, il sera tenu compte de l'avis de la personne de confiance qu'il aura désignée ainsi que de celui de la famille ou à défaut de celui d'un de ses proches.

C.2.4.4 TRAITEMENT ET SOULAGEMENT DE LA DOULEUR ET DE LA SOUFFRANCE

Toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée. Le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du patient en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abrégé la vie. Il doit en informer le patient, la famille ou, à défaut, un des proches du patient. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. Toute personne est informée par les professionnels de santé de la possibilité d'être prise en charge à domicile, dès lors que son état le permet.

C.2.4.5 SOINS PALLIATIFS

Les traitements et soins entrepris dans le cadre d'une démarche palliative ont pour objectif d'offrir au patient, en coordination avec d'autres acteurs, une fin de vie dans des conditions conformes à ses aspirations. Ils prennent en compte les dimensions physiques, psychologiques, sociales et spirituelles.

Une attention particulière doit être portée à la famille et aux proches dont la présence auprès du patient doit être facilitée et élargie. Ils doivent pouvoir bénéficier d'un dispositif de soutien et d'accompagnement. Les acteurs susceptibles d'intervenir aux côtés des équipes soignantes des services concernés par la prise en charge des patients en fin de vie sont :

La clinique de soins palliatifs et de coordination en soins de support propose accompagnement, soutien aux patients et leurs proches dans le cadre d'une prise en charge des symptômes physiques et psychiques de personne atteinte de maladie grave évolutive.

Le service met à la disposition des familles, deux structures :

- Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) : elle se déplace sur demande dans tous les services du CHUGA tant sur le site nord que sur le site sud. Elle coordonne les soins et les prises en charge thérapeutiques des patients avec les professionnels du domicile. Elle assure des consultations externes dans ses locaux. Les consultations concernent les médecins, les paramédicaux, les psychologues et l'assistante sociale.

- Unité de Soins Palliatifs (USP) : elle assure les prises en charge des patients présentant des symptômes rebelles physiques, psychiques auxquels peuvent s'ajouter des difficultés d'ordre social. Les hospitalisations concernent aussi les situations faisant émerger des questionnements éthiques. Il s'agit d'une unité d'hospitalisation de court séjour.

Dans les cas les plus complexes, des réunions de concertation pluridisciplinaires de soins palliatifs-soins sont proposées.

C.2.4.6 DROIT A LA SEDATION PROFONDE ET CONTINUE

A la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre dans les cas suivants :

-Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements ;

-Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et, au titre du refus de l'obstination déraisonnable, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-ci applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie. La sédation profonde et continue associée à une analgésie est mise en œuvre selon la procédure collégiale qui permet à l'équipe soignante de vérifier préalablement que les conditions d'application prévues ci-dessus sont remplies.

A la demande du patient, la sédation profonde et continue peut-être mise en œuvre à son domicile, dans un établissement de santé ou un établissement ou service qui accueille des personnes âgées ou qui leur apporte à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.

L'ensemble de la procédure suivie est inscrite au dossier médical du patient.

Le groupe pluri professionnel droit des patients en fin de vie (GPP DDP).

Ce groupe veille à actualiser les documents et les recommandations de bonnes pratiques sur ce sujet. Pour diffuser cette information il organise des ateliers à la demande des services et des pôles, ses objectifs : sensibiliser le personnel soignant à l'aide à apporter à la rédaction des directives anticipées, à la désignation de la personne de confiance, et à l'initiation au sein de leur service des procédures collégiales lorsqu'une situation complexe apparaît autour des limitations et arrêts de traitement et de la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès

FICHE C.3. LES DISPOSITIONS PARTICULIERES AUX PATIENTS MINEURS

C.3.1. L'INFORMATION ET LE CONSENTEMENT AUX SOINS

Le mineur, juridiquement incapable, est représenté par le ou les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur pour les décisions relevant de sa santé.

En conséquence, les titulaires de l'autorité parentale sont les dépositaires du droit à l'information, ils consentent à la place du mineur. Par dérogation à ce principe, il existe des cas dans lesquels le recueil du consentement du mineur sera obligatoire (I.V.G, recherches impliquant la personne humaine, prélèvements et dons d'organes, prélèvements de tissus ou de cellules ou de produits du corps humains).

Les mineurs ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant de manière adaptée à leur degré de maturité. Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

C.3.2. CONSENTEMENT AUX INTERVENTIONS MEDICALES ET CHIRURGICALES SUR DES MINEURS

Les actes médicaux sur les mineurs requièrent le consentement des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Les actes les plus usuels peuvent toutefois être effectués avec l'accord d'un seul des titulaires de l'autorité parentale.

Les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale peuvent par anticipation, lors de l'admission d'un mineur, signer une autorisation de soins et de pratiquer les actes qui y sont liés, en raison de leur éloignement futur ou pour toute autre cause à venir.

C.3.3. LE DEFAUT D'ACCORD PARENTAL ET LA DELIVRANCE DES SOINS

Dans le cas où les père - mère ou représentant légal sont en mesure de donner une autorisation écrite à bref délai, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire.

Si la personne mineure bénéficie à titre personnel d'un régime de couverture maladie incluant la couverture maladie universelle, seul son consentement sera exigé.

Actes médicaux et chirurgicaux d'urgence sur des mineurs

En cas d'urgence et d'impossibilité de joindre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou de refus de leur part de signer l'autorisation de soins, il est procédé aux actes urgents. La décision d'intervenir est portée dès que possible à la connaissance des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Elle est mentionnée dans le dossier médical par le praticien en charge du mineur.

Le médecin porte au dossier médical la mention « Nécessité d'intervenir en urgence », en précisant la date et l'heure. Il certifie sur le même document qu'il n'a pas été possible de joindre en temps utile le titulaire de l'autorité parentale, en précisant la date et l'heure ou, le cas échéant, que ce dernier s'est opposé à l'intervention.

En cas d'intervention chirurgicale et lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus des titulaires de l'autorité parentale ou lorsqu'il y a impossibilité de recueillir le consentement du mineur, il y a alors possibilité de saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

C.3.4 LE DESACCORD PARENTAL ET LA DELIVRANCE DES SOINS

Lorsque la santé de l'enfant n'est pas menacée de façon immédiate, le recueil du consentement des titulaires de l'autorité parentale est impératif et, en cas de désaccord, les soins ne pourront être dispensés. Si le désaccord persiste et provoque la paralysie de la délivrance de soins, l'équipe médicale en liaison avec le médecin sénior, peut à tout moment saisir le ministère public si elle estime que l'intérêt de la santé de l'enfant est mal compris ou mal préservé par son entourage.

Dans l'hypothèse où la santé de l'enfant serait menacée du fait de ce désaccord, le médecin donnera les soins indispensables.

C.3.5. LE REFUS DE SOINS

- Par les titulaires de l'autorité parentale

En cas de refus de soins des titulaires de l'autorité parentale, de divergence de ces derniers, ou si leur consentement ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucun acte invasif, sauf urgence médicalement constatée ou risque de conséquences graves pour la santé du mineur, justifiant la délivrance des soins indispensables par le médecin.

- Par le mineur

Quand la personne mineure a sollicité l'application de l'article L1111-5 du code de la santé publique (secret des soins) et que son refus de soins est susceptible d'engager son pronostic vital, le médecin prend en conscience les décisions nécessaires, et s'il y a lieu, accomplit l'acte indispensable à la survie du mineur et proportionné à son état.

Le recueil de l'avis du titulaire de l'autorité parentale est nécessaire avant une décision médicale de limitation ou d'arrêt de traitement. Le médecin ne peut tenir compte de « directives anticipées » qui auraient été rédigées par une personne mineure.

FICHE C.4. LES DISPOSITIONS APPLICABLES AUX MAJEURS PROTEGES

C.4.1. L'INFORMATION ET LE CONSENTEMENT

L'information relative à leur état de santé est délivrée aux personnes majeures protégées d'une manière adaptée à leur capacité de compréhension.

Cette information est également délivrée à la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne. Elle peut être délivrée à la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec assistance à la personne si le majeur protégé y consent explicitement.

Pour ce qui concerne le consentement aux soins :

- Le consentement de la personne majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne (tutelle ou habilitation familiale avec représentation) doit être obtenu si elle est apte à exprimer sa volonté, au besoin avec l'assistance de la personne chargée de sa protection.

Dans le cas contraire (majeur protégé en incapacité d'exprimer sa volonté), il appartient à la personne chargée de la mesure de protection de donner son autorisation en tenant compte de l'avis exprimé par la personne protégée.

- Le consentement des personnes faisant l'objet d'une mesure d'assistance relative à la personne c'est-à-dire (curatelle ou habilitation familiale simple) : Si le patient est en capacité, le patient consent, le protecteur n'intervient pas

- Si le patient n'est pas en capacité, il y a lieu de consulter la personne de confiance, ou la famille ou les proches

L'évaluation de la capacité du patient relève de la compétence du médecin.

En cas de désaccord entre le majeur protégé et la personne chargée de sa protection, le juge autorise l'un ou l'autre à prendre la décision.

En cas d'urgence, si le patient n'est pas en capacité de consentir et que le refus du tuteur de donner son autorisation risque d'avoir des conséquences graves pour la santé du patient, le médecin délivre les soins.

C.4.2. LE REFUS DE SOINS

- soit le majeur est apte à exprimer sa volonté, au besoin avec l'assistance de la personne chargée de sa protection, et son consentement doit être obtenu ;

- soit il ne l'est pas, auquel cas c'est la personne chargée de la mesure de protection juridique qui donne son autorisation, en tenant compte de l'avis exprimé par la personne protégée.

En cas de désaccord entre le majeur et la personne chargée de sa protection, hors le cas de l'urgence, le juge autorise l'un ou l'autre à prendre la décision.

FICHE C.5. LE DON ET L'UTILISATION DU SANG

C.5.1. LE DON DU SANG

L'Établissement français du Sang (EFS) organise au sein de l'établissement la collecte de produits sanguins. Le don de sang ou de composants du sang doit être volontaire, bénévole, anonyme et être pratiqué sous la direction et la responsabilité d'un médecin. Il ne peut donner lieu à aucune rémunération, directe ni indirecte. L'EFS assume, même sans faute, la responsabilité des risques encourus par les donneurs de sang à raison des opérations de prélèvement.

Le sang, ses composants et leurs dérivés ne peuvent en aucun cas être distribués ni utilisés sans qu'aient été accomplies, au préalable, les analyses biologiques prévues par les textes réglementaires.

C.5.2. LES TRANSFUSIONS SANGUINES

Les patients dont l'état nécessite l'administration de produits sanguins labiles sont transfusés soit avec des produits autologues, soit avec des produits homologues fournis par le site transfusionnel de l'EFS auquel l'établissement est rattaché. Les médecins prescrivent aux patients les produits les plus adaptés au regard de leur pathologie, en s'assurant de la traçabilité des produits effectivement administrés.

C.5.3. LA SECURITE TRANSFUSIONNELLE

Au cas où est diagnostiqué chez un patient un évènement indésirable susceptible d'être dû à une transfusion, le référent d'hémovigilance du CHUGA alerté sans délai par le professionnel qui constate l'incident, en informe immédiatement le correspondant d'hémovigilance de l'EFS, en lui spécifiant les références des produits transfusés. Le patient auquel a été administré un produit sanguin labile en est informé par écrit et un dossier transfusionnel est versé à son dossier médical. L'information est communiquée, pour les mineurs, aux titulaires de l'autorité parentale et, pour les majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation à la personne, à la personne en charge de cette mesure.

FICHE C.6. LES DONN D'ORGANES ET LES PRELEVEMENTS D'AUTRES ELEMENTS ET PRODUITS DU CORPS

C.6.1. LES PRINCIPES GENERAUX

Le don d'organes et de tissus en vue de greffes s'efforce de concilier le principe intangible de l'inviolabilité du corps humain avec les besoins thérapeutiques.

L'activité de greffe d'organes et de tissus est dépendante des activités de recensement des donneurs cadavériques et de prélèvement.

- Respect du corps humain : comme il est mentionné dans le Code civil « La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie. » - « Chacun a droit au respect de son corps. Le corps humain est inviolable. Le corps humain, ses éléments et ses produits ne peuvent faire l'objet d'un droit patrimonial. » - « Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. » Les lois bioéthiques ont encadré les prélèvements du corps humain par la proclamation de principes :
- Consentement : Le prélèvement d'éléments du corps humain et la collecte de ses produits, sur une personne vivante ne peuvent être pratiqués sans le consentement préalable du donneur.
- Sur une personne décédée, le prélèvement d'organes peut être pratiqué sur une personne majeure dès lors qu'elle n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus d'un tel prélèvement.
- Gratuité : « Aucune rémunération ne peut être allouée à celui qui se prête à une expérimentation sur sa personne, au prélèvement d'éléments de son corps ou à la collecte de produits de celui-ci. » « Les frais afférents au prélèvement ou à la collecte sont intégralement pris en charge par l'établissement de santé chargé d'effectuer le prélèvement ou la collecte. »
- Anonymat : « Aucune information permettant d'identifier à la fois celui qui a fait don d'un élément ou d'un produit de son corps et celui qui l'a reçu ne peut être divulguée. Le donneur (ou ses proches) ne peut connaître l'identité du receveur ni le receveur celle du donneur. En cas de nécessité thérapeutique, seuls les médecins du donneur et du receveur peuvent avoir accès aux informations permettant l'identification de ceux-ci. La traçabilité est établie à partir d'une codification (N° CRISTAL) préservant l'anonymat des personnes. »
- Publicité : « La publicité en faveur d'un don d'éléments ou de produits du corps humain au profit d'une personne déterminée ou au profit d'un établissement ou organisme déterminé est interdite. Cette interdiction ne fait pas obstacle à l'information du public en faveur du don d'éléments et produits du corps humain. »¹

¹ Article L1211-3 du Code de la Santé Publique

- Cette information est réalisée sous la responsabilité du ministre chargé de la santé, en collaboration avec le ministre chargé de l'éducation nationale.
- Les médecins s'assurent que leurs patients âgés d'au moins seize ans sont informés des modalités de consentement au don d'organes à fins de greffe et, à défaut, leur délivrent individuellement cette information dès que possible.
- Sécurité sanitaire : Le prélèvement d'éléments et la collecte de produits du corps humain à des fins thérapeutiques sont soumis aux règles de sécurité sanitaire en vigueur, concernant notamment les tests de dépistage (sérologies) des maladies transmissibles (dont les pathologies infectieuses ou néoplasiques).

C.6.2. LES PRELEVEMENTS SUR UNE PERSONNE VIVANTE

C.6.2.1. LES DONS ET LES PRELEVEMENTS D'ORGANES SUR UNE PERSONNE VIVANTE

Aucun prélèvement d'organes, en vue d'un don, ne peut avoir lieu sur une personne vivante mineure ou sur une personne vivante majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation de la personne. Le prélèvement d'organes sur une personne vivante, qui en fait le don, ne peut être opéré que dans l'intérêt thérapeutique direct d'un receveur. Le donneur doit être une personne majeure, informée, libre de donner un consentement éclairé.

Le donneur doit avoir la qualité de père ou mère du receveur. Par dérogation, peuvent être autorisés à se prêter à un prélèvement d'organe dans l'intérêt thérapeutique direct d'un receveur son conjoint, ses frères ou sœurs, ses fils ou filles, ses grands-parents, ses oncles ou tantes, ses cousins germains et cousines germaines ainsi que le conjoint de son père ou de sa mère. Le donneur peut également être toute personne apportant la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans avec le receveur ainsi que toute personne pouvant apporter la preuve d'un lien affectif étroit et stable depuis au moins deux ans avec le receveur.

En cas d'incompatibilité entre la personne ayant exprimé l'intention de don et la personne dans l'intérêt de laquelle le prélèvement peut être opéré, rendant impossible la greffe, le donneur et le receveur potentiels peuvent se voir proposer le recours à un don croisé d'organes. Celui-ci consiste pour le receveur potentiel à bénéficier du don d'une autre personne ayant exprimé l'intention de don et également placée dans une situation d'incompatibilité à l'égard de la personne dans l'intérêt de laquelle le prélèvement peut être opéré, tandis que cette dernière bénéficie du don du premier donneur. En cas de mise en œuvre d'un don croisé, les actes de prélèvement et de greffe sont engagés de façon simultanée respectivement sur les deux donneurs et sur les deux receveurs. Dans le cas d'un don croisé, l'anonymat entre donneur et receveur est respecté.

Le donneur, préalablement informé par le comité d'experts des risques qu'il encourt et des conséquences éventuelles du prélèvement, doit exprimer son consentement devant le président du tribunal judiciaire ou le magistrat désigné par lui, qui s'assure au préalable que le consentement est libre et éclairé et que le don est conforme aux conditions prévues par la loi. Le consentement est

révocable sans forme et à tout moment. L'autorisation prévue est délivrée, postérieurement à l'expression du consentement, par le comité d'experts. Les décisions prises par le comité ne sont pas motivées.

Les textes réglementaires, garantissent la neutralité financière du don pour le donneur. L'établissement de santé qui réalise le prélèvement prend en charge les frais de santé occasionnés (bilan pré-don, opération chirurgicale et suivi) et rembourse certains frais engagés par le donneur d'organe sur présentation des justificatifs de dépenses (transport, hébergement hors hospitalisation, perte de salaire ...).

C.6.2.2. PRELEVEMENT DE TISSUS ET CELLULES LORS D'OPERATIONS (RESIDUS OPERATOIRES)

Ces prélèvements peuvent être réalisés uniquement sur un majeur juridiquement capable et dans un but thérapeutique ou à des fins scientifiques. Lorsqu'un « résidu » organique résultant d'une intervention chirurgicale est conservé à des fins thérapeutiques, il est nécessaire d'informer la personne ayant subi l'intervention sur les contraintes liées aux contrôles sérologiques imposés par l'utilisation des éléments qui lui ont été prélevés

C.6.3. LES PRELEVEMENTS SUR UNE PERSONNE DECEDÉE

Le CHUGA est autorisé à pratiquer des prélèvements d'organes et de tissus après décès, à des fins thérapeutiques ou scientifiques.

Ce prélèvement peut être pratiqué sur une personne majeure dès lors qu'elle n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus d'un tel prélèvement, principalement par l'inscription sur un registre national automatisé prévu à cet effet. Ce refus est révocable à tout moment.

Avant tout prélèvement à visée thérapeutique et/ou scientifique, le Registre National des Refus doit être interrogé par le directeur ou par les personnes bénéficiant d'une délégation de signature pour ce faire.

En l'absence de refus consigné au Registre National des Refus et/ou de directives anticipées disponibles, la personne de confiance et à défaut les proches sont abordés par la coordination des prélèvements d'organes et de tissus qui consigne par écrit leur témoignage d'un éventuel refus exprimé de son vivant de la personne décédée et les informe de la finalité et des modalités des prélèvements envisagés.

Les prélèvements à visée scientifiques sont réalisés en application de protocoles de recherche validés par la direction de la recherche et déclarés à l'Agence de Bio Médecine (ABM). Ils font l'objet d'une demande spécifique.

Les médecins qui procèdent à un prélèvement d'organes et de tissus à des fins thérapeutiques ou scientifiques établissent un compte rendu détaillé de leur intervention.

Les prélèvements d'organes et de tissus sont soumis aux règles de biovigilance. Les événements indésirables graves doivent être déclarés à l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et l'ABM par le correspondant local de biovigilance.

Si les circonstances ayant entraîné la mort sont telles que dans l'intérêt d'une preuve à apporter, le corps est susceptible d'être soumis à un examen médico-légal, la coordination des prélèvements d'organes prend contact avec le procureur de la République pour obtenir une levée d'opposition et organise les prélèvements en collaboration avec le médecin légiste requis par le procureur.

Si la personne décédée était un mineur, le prélèvement à l'une ou plusieurs des fins thérapeutiques ou scientifiques ne peut avoir lieu qu'à la condition que chacune des personnes investies de l'exercice de l'autorité parentale y consente par écrit.

Toutefois, en cas d'impossibilité de consulter l'une des personnes investies de l'exercice de l'autorité parentale, le prélèvement peut avoir lieu à condition que l'autre personne investie de l'exercice de l'autorité parentale y consente par écrit.

Dans tous les cas, l'établissement qui a procédé au prélèvement assure les frais de conservation et de restauration du corps après l'acte de prélèvement à but thérapeutique. Il prend en outre, en charge les frais de restitution du corps du donneur à sa famille dans des conditions telles que celle-ci n'ait pas à exposer de dépenses supérieures à celles qu'elle aurait supportées si le prélèvement n'avait pas eu lieu.

C.6.3.2. LES MODALITES DE RECUEIL DE REFUS

Les modalités de recueil de refus sont les suivantes :

- A titre principal, inscription du refus sur le registre national automatisé du refus de prélèvement. La demande d'inscription sur ce registre est faite sur papier ou libre ou via un formulaire en ligne sur le site dédié de l'Agence de la Biomédecine (<https://www.registrenationaldesrefus.fr>)

Ce document devra être daté, signé et accompagné de photocopies justifiant l'identité de l'auteur. Toute personne majeure ou mineure, âgée de treize ans au moins, peut s'inscrire sur le registre afin de faire connaître qu'elle refuse qu'un prélèvement d'organes soit opéré sur son corps après son décès, soit à des fins thérapeutiques (greffes), soit pour rechercher les causes du décès (autopsie médicale), soit à d'autres fins scientifiques, soit dans plusieurs de ces trois cas. Le refus de prélèvement peut concerner l'ensemble des organes et des tissus susceptibles d'être prélevés ou seulement certains de ces organes ou tissus. Aucun prélèvement d'organes à des fins thérapeutiques, ou aux fins de recherche des causes du décès, ou à d'autres fins scientifiques, ne peut être opéré sur une personne décédée âgée de plus de treize ans sans interrogation obligatoire et préalable du registre sur l'existence éventuelle d'un refus de prélèvement formulé par la personne décédée.

- Expression du refus par la personne dans un écrit, conservé par un proche. Ce document devra être daté, signé par son auteur dument identifié (nom prénom, date et lieu de naissance).

Le refus de prélèvement des organes est révisable et révocable à tout moment.

L'équipe de coordination hospitalière de prélèvement prend en compte l'expression de volonté la plus récente.

- Lorsque la personne, en état d'exprimer sa volonté, mais dans l'impossibilité d'écrire et de signer, à sa demande, deux témoins pourront attester sa volonté libre et éclairée. Les témoins devront indiquer leur identité et qualité dans une attestation jointe au document de refus. Le document écrit sera transmis par un proche à l'équipe de coordination hospitalière de prélèvement.
- Enfin, un proche peut faire valoir le refus de prélèvement d'organes du défunt, manifesté expressément de son vivant. Le proche ou l'équipe de coordination transcrit ce refus par écrit en précisant le contexte et les circonstances de l'expression de ce refus. Le document est daté et signé par le proche qui fait valoir ce refus ainsi que par l'équipe de coordination de prélèvement.

C.6.4. LES PRELEVEMENTS DE CELLULES HEMATOPOÏÉTIQUES DU SANG DE CORDON ET DU SANG PLACENTAIRE AINSI QUE DE CELLULES DU CORDON ET DU PLACENTA

Le prélèvement de cellules hématopoïétiques du sang de cordon et du sang placentaire ainsi que de cellules du cordon et du placenta ne peut être effectué qu'à des fins scientifiques ou thérapeutiques, en vue d'un don anonyme et gratuit, et à la condition que la femme, durant sa grossesse, ait donné son consentement par écrit au prélèvement et à l'utilisation de ces cellules, après avoir reçu une information sur les finalités de cette utilisation. Ce consentement est révocable sans forme et à tout moment tant que le prélèvement n'est pas intervenu. Par dérogation, le don peut être dédié à l'enfant né ou aux frères ou sœurs de cet enfant en cas de nécessité thérapeutique avérée et dûment justifiée lors du prélèvement.

C.6.5 AUTOPSIE MEDICALE

Une autopsie médicale peut être pratiquée sur le corps d'un patient décédé, en dehors du cadre de mesures d'enquête ou d'instruction diligentées lors d'une procédure judiciaire, dans le but d'obtenir un diagnostic sur les causes du décès ; sauf si la famille du défunt s'y oppose expressément et que le patient, de son vivant, avait fait connaître expressément son opposition. Aux fins de vérification, il est procédé à la consultation du registre national des refus

Toutefois, à titre exceptionnel et dans des cas prévus par voie réglementaire, elle peut être réalisée malgré l'opposition de la personne décédée, en cas de nécessité impérieuse pour la santé publique et en l'absence d'autres procédés permettant d'obtenir une certitude diagnostique sur les causes de la mort.

FICHE C.7. LA PARTICIPATION AUX RECHERCHES IMPLIQUANT LA PERSONNE HUMAINE

C.7.1. LES CONDITIONS RELATIVES AUX RECHERCHES IMPLIQUANT LA PERSONNE HUMAINE

Les recherches impliquant la personne humaine (RIPH) doivent toujours être réalisées dans les conditions définies par la réglementation française et européenne et dans le respect des bonnes pratiques cliniques (BPC). La mise en œuvre d'un projet de recherche doit être fondée sur le dernier état des connaissances scientifiques et médicales. Tout projet a pour objectif d'améliorer les connaissances biologiques et médicales tout en réduisant au maximum les inconvénients. L'expérimentation préclinique doit être suffisante, le risque prévisible ne doit pas être hors de proportion avec bénéfice escompté. L'intérêt individuel du sujet participant à une recherche doit toujours primer sur les intérêts de la science et de la société.

Pour les projets de recherche interventionnelle, le consentement libre et éclairé du patient ou, le cas échéant, de son représentant légal doit toujours être recueilli. Il est révocable à tout moment de la recherche, sans que le participant ne puisse voir sa responsabilité mise en cause. Il doit être consigné par écrit (ou attesté par un tiers en cas d'impossibilité), après délivrance d'une série d'informations à l'oral et remise d'une notice d'information par l'investigateur.

Le législateur distingue 5 types de recherches qui impliquent la personne humaine :

- Les recherche portant sur le médicament
- Les recherche portant sur le dispositif médical
- Les recherches interventionnelles qui comportent une intervention sur la personne non justifiée par sa prise en charge habituelle (RIPH de type 1)
- Les recherches interventionnelles qui ne comportent que des risques et des contraintes minimales, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (RIPH de type 2)
- Les recherches non interventionnelles qui ne comportent aucun risque ni contrainte dans lesquelles tous les actes sont pratiqués et les produits utilisés de manière habituelle dont la liste est elle aussi fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (RIPH de type 3).

C.7.2. LES CONDITIONS RELATIVES AUX RECHERCHES SUR DONNEES

Des recherches sur données peuvent être mises en place au CHUGA.

Il s'agit notamment des recherches qui visent à évaluer des modalités d'exercice des professionnels de santé ou des pratiques d'enseignement dans le domaine de la santé et des recherches ayant une finalité d'intérêt public de recherche, d'étude ou d'évaluation dans le domaine de la santé conduites exclusivement à partir de l'exploitation de traitement de données à caractère personnel.

Toute recherche sur données doit faire l'objet d'un enregistrement préalable dans le registre de l'établissement et doit être conduite en conformité avec le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

C.7.3. LES INVESTIGATEURS ET PROMOTEURS

Les investigateurs (médecins, chirurgiens-dentistes et toute autre personne qualifiée) dirigent et surveillent la réalisation de la recherche. Ce sont eux qui proposent aux patients de participer à des recherches impliquant la personne humaine.

Ces recherches sont à l'initiative d'un promoteur (personne physique ou morale) qui en assure la gestion et le financement.

Avant de réaliser une recherche sur une personne, le promoteur doit :

- Obtenir l'avis favorable d'un Comité de Protection des Personnes (CPP) pour les RIPH de type 1 à 3
- Obtenir l'autorisation de l'ANSM pour les RIPH de type 1, et les essais portant sur le médicament ou sur le dispositif médical le cas échéant
- Etre en conformité avec la réglementation en lien avec la CNIL et le RGPD pour les aspects concernant la gestion des données et ce avant de débiter la recherche et pour toute modification substantielle du protocole.

Le CPP donne son avis sur les conditions de validité de la recherche notamment sur la protection des participants.

L'ANSM s'assure de la qualité et de la sécurité des produits à l'essai ainsi que de la sécurité des personnes qui se prêtent à la recherche.

Les recherches sur l'embryon ou les cellules embryonnaires doivent faire l'objet d'une autorisation de l'Agence de Biomédecine.

Les projets de recherche est toujours soumis à l'information du Directeur Général, représenté par la Direction de la Recherche et de l'innovation en Santé qui doit signer une convention avec le promoteur. Lorsque le CHUGA est promoteur d'une recherche, le dispositif décrit plus haut lui est applicable.

PARTIE D - LE SEJOUR DES PATIENTS

FICHE D.1. LES DROITS DU PATIENT HOSPITALISE

D.1.1. LE RESPECT DE LA DIGNITE ET DE L'INTIMITE

La dignité et l'intimité du patient doivent être préservées par tous les professionnels à tout moment du séjour hospitalier du patient. Cela implique que le patient soit reçu, examiné, soigné et traité avec le respect de son intimité et de sa vie privée, sans discrimination.

L'intimité doit être préservée notamment lors des soins, des toilettes, des consultations, des visites médicales et des transports.

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

Les professionnels doivent se présenter : nom et fonction.

Tout tutoiement et toute forme de familiarité avec les patients sont proscrits, sauf en cas de volonté expresse exprimée par ces derniers à ce sujet.

Les patients 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 à leur refus.

Les conditions d'hébergement matérielles et environnementales sont aménagées de façon optimale. Le patient a à sa disposition sonnette, téléphone, lumière, eau,... sauf situation thérapeutique exceptionnelle exigeant le contraire. Des mesures sont prises pour assurer la tranquillité des patients et réduire au mieux les nuisances liées notamment au bruit et à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil.

Une personne hospitalisée peut demander que sa présence dans l'établissement ne soit pas divulguée et peut refuser des visites. Le respect de la confidentialité du courrier, des communications téléphoniques et des entretiens avec des visiteurs ou des professionnels de santé est garanti. Le respect de la dignité inclut également le respect du droit à l'information, la prise en charge de la douleur et le respect des directives anticipées.

Le droit à la prise en charge de la douleur : l'article L. 1110-5 du code de la santé publique dispose que : « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur ». La personne souffrante peut opposer ce droit et bénéficier des méthodes et produits aptes à soulager sa douleur. Ce droit des patients implique des obligations pour les professionnels de santé : en toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du patient et l'assister moralement, il doit le faire par des moyens appropriés à son état. Le médecin doit être attentif à son patient et aux derniers protocoles et produits susceptibles de calmer la douleur des patients. Le CHUGA doit donc assurer la formation initiale et continue des professionnels de santé afin qu'ils soient aptes à prendre en charge la douleur des patients.

D.1.2. LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR

La liberté d'aller et venir est un droit inaliénable de la personne humaine. Tout doit être mis en œuvre pour favoriser l'exercice de ce droit. Dans tous les cas, toute restriction de liberté, à l'admission ou pendant le séjour, doit être expliquée et le consentement ou la participation de la personne à la décision doit être recherché par tout moyen le plus en amont possible.

Lorsque la personne n'est pas en mesure de donner son consentement à l'admission, les procédures suivies pour aboutir à l'approbation de la personne et de sa famille doivent être explicites. Les motifs médicaux de restriction à la liberté d'aller et venir sont rares et doivent être des exceptions (par exemple contagiosité).

En santé mentale, les patients hospitalisés librement bénéficient aussi de la liberté d'aller et venir à l'intérieur de l'établissement où ils sont soignés. Cette liberté fondamentale ne peut pas être remise en cause car il s'agit de patients qui ont eux-mêmes consenti à recevoir des soins psychiatriques. Les personnes hospitalisées sans leur consentement doivent bénéficier de façon rapide et homogène d'informations relatives à leurs droits et voies de recours prévues par la loi sous une forme adaptée et accessible. La liberté de correspondance des patients hospitalisés sans consentement ne peut être remise en cause, y compris pour répondre à des objectifs de soins et de protection des personnes. L'organisation des services permet l'accompagnement des patients hospitalisés sans consentement, afin qu'ils soient en mesure de prendre part aux activités thérapeutiques.

Les méthodes de contention et d'isolement représentent une réduction significative de la liberté de la personne, et sont utilisées conformément au cadre législatif, réglementaire et institutionnel. Il est important de rappeler que ces mesures doivent rester thérapeutiques et relationnelles, et ne jamais devenir répressives ni punitives.

L'exercice de la liberté d'aller et venir comprend l'accessibilité et la circulation dans l'établissement des personnes à mobilité réduite ou ayant un déficit sensoriel. Les nouvelles constructions et la modernisation des bâtiments prennent en compte les aménagements pour permettre la libre circulation de toutes les personnes y compris les personnes handicapées.

D.1.3. LES DROITS CIVIQUES

D.1.3.1. LE DROIT DE VOTE PAR PROCURATION

En application des dispositions du Code électoral, les patients qui sont hospitalisés et qui, en raison de leur état de santé ou de leur condition physique, sont dans l'impossibilité de se déplacer le jour d'un scrutin, peuvent exercer au sein du CHU leur droit de vote, par procuration. La demande sera effectuée par l'établissement auprès d'un officier de police judiciaire ou de son délégué dûment habilité.

D.1.3.2. LE MARIAGE IN EXTREMIS

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.1.4. LA NEUTRALITE ET LA LAICITE DU SERVICE PUBLIC

Au sein de l'institution hospitalière, toute personne est tenue au respect du principe de neutralité et de laïcité du service public dans ses actes comme dans ses paroles.

Les réunions publiques de quelque nature qu'elles soient, sont interdites au sein du site, sauf autorisation expresse du Directeur d'établissement.

Conformément à ce principe :

- Les visites d'élus dans l'enceinte d'un site hospitalier ne peuvent donner lieu à aucune manifestation présentant un caractère politique ;
- Les membres du Conseil de surveillance du CHUGA ne peuvent effectuer à titre de visites au sein d'un site que lorsqu'ils sont mandatés à cet effet par le Conseil de Surveillance ;
- Les signes d'appartenance religieuse - quelle qu'en soit la nature - sont acceptés au sein de l'hôpital, qu'ils soient arborés - individuellement ou collectivement - par les patients, leurs familles, les visiteurs, sous réserve que ces signes ne constituent pas un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou qu'ils perturbent le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public ;
- L'apposition de signes ou emblèmes religieux sur ou dans l'enceinte des Hôpitaux (hormis dans les espaces réservés aux cultes) est interdite.

D.1.5. L'EXERCICE DES CULTES

Les usagers accueillis au sein d'établissements hospitaliers, sociaux, ou médicosociaux ont droit au respect de leurs croyances et doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte sous réserve des contraintes découlant des nécessités du bon fonctionnement du service et des impératifs d'ordre public, de sécurité, de santé et d'hygiène.

La charte de la personne hospitalisée prévoit à ce titre que « la personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité. »

Un local d'accès facile et de dimensions suffisantes est mis à la disposition des patients 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 Alpes, sont à la disposition des patients, sur demande de leur part à l'encadrement.

Les patients doivent pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de leur religion. Ce droit s'exerce dans la limite du respect de la liberté des autres patients et du principe de continuité des soins.

D.1.6. PRINCIPE D'EGALITE/NON DISCRIMINATION

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

Le principe d'égalité des citoyens dans l'accès au service public interdit de différencier les usagers en fonction d'un des motifs énoncés à l'article 225-1 du Code pénal¹.

D.1.7. LES INTERVENTIONS DU SERVICE SOCIAL

Le Service Social, composé de cadres socio-éducatifs et d'assistants de service social, a pour mission de rechercher et de proposer les actions nécessaires à l'accès aux soins et à la réinsertion sociale, familiale, professionnelle ou scolaire des patients

A la disposition des patients, 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.

¹ [Article 225-1 - Code pénal - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr/Article_225-1)

Il favorise l'accès ou le maintien aux droits sociaux et participe à la résolution des difficultés administratives ou juridiques.

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 accompagne si nécessaire la démarche d'admission dans une structure sanitaire ou sociale adaptée à la situation particulière des patients.

D.1.8. LA PRESTATION ALIMENTAIRE

La prestation alimentaire fait partie intégrante du séjour hospitalier. L'alimentation est un soin qui tient compte des besoins individuels des patients.

Sur prescription médicale et propositions de la diététicienne, le patient se verra proposer un menu adapté à son état de santé. La possibilité est offerte à chaque patient d'indiquer les aliments qu'il ne souhaite pas consommer (par goût, par choix culturel ou cultuel). Des aliments de substitution pourront alors lui être proposés dans le respect des contraintes nutritionnelles et de l'organisation du service de restauration.

Le service des repas est organisé en trois temps principaux (petit-déjeuner, déjeuner, dîner) sous réserve des nécessités d'ordre médical ou des contraintes d'organisation. Certains patients bénéficient également d'un goûter servi dans l'après-midi en fonction de leurs besoins nutritionnels (enfants, personnes âgées ...) Les repas sont servis individuellement au lit du patient ou dans des locaux de séjour, en fonction des possibilités ou des pratiques internes au service. Une carte individuelle posée sur le plateau indique à chaque patient le menu qui lui est servi. Le patient est informé des éventuelles modifications apportées à ce menu (rupture d'approvisionnement, problème sanitaire, incident de production ...).

Il n'est pas souhaitable, pour des raisons sanitaires et nutritionnelles, que le patient consomme des denrées provenant de l'extérieur de l'hôpital. Le CHUGA ne peut assumer aucune responsabilité en cas de problème lié à la consommation de ces produits.

Il est interdit d'introduire des boissons alcoolisées au sein de l'établissement. Un repas peut être servi aux visiteurs dans la chambre du patient, à leur demande la veille et moyennant paiement (tarif forfaitaire fixé chaque année) ; d'autres possibilités de restauration des visiteurs peuvent exister au sein du site.

FICHE D.2. LES REGLES DE VIE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

D.2.1. LES REGLES GENERALES

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

- comportement et propos n'apportant aucune gêne aux autres patients 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 patient pour motif disciplinaire,

Les patients 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.

Les patients doivent se montrer respectueux envers le personnel et ne proférer aucune injure, attaque, menace ou violence envers les personnels dans l'exercice de leurs fonctions.

Le directeur peut exercer son pouvoir disciplinaire à l'égard des usagers de l'hôpital.

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 patient 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 patient est informé.

Le patient peut également faire l'objet de poursuites pénales lorsque son comportement est de nature à constituer une infraction.

Le patient peut également voir sa responsabilité civile engagée.

D.2.2. LE DEPOT DES BIENS APPARTENANT AU PATIENT - RESPONSABILITE EN CAS DE VOL, PERTE OU DETERIORATION D'UN BIEN APPARTENANT AU PATIENT

Pour tout séjour en hospitalisation programmée, le patient est invité à limiter l'apport de valeurs au sein de l'établissement.

Lors de son admission, le patient est invité à effectuer auprès de l'administration du CHU le dépôt des sommes d'argent et des objets de valeur qu'il détient. Les dépôts volontaires d'argent, de bijoux et/ou d'objets de valeur par les hospitalisés sont remis, après inventaire contradictoire effectué dans le service de soins par le personnel soignant, au régisseur de la Trésorerie Principale.

Si le malade ou blessé est inconscient lors de son admission, un inventaire contradictoire des sommes d'argent, objets et vêtements dont il est porteur, est aussitôt dressé et signé conjointement par un représentant de l'établissement et l'accompagnant éventuel du patient. Le dépôt est effectué par le représentant de l'établissement.

L'établissement ne peut être tenu responsable de la perte ou de la disparition d'objets non régulièrement déposés que dans le cas où une faute est établie à son encontre ou à l'encontre d'une personne dont il doit répondre. La responsabilité de l'établissement n'est pas non plus engagée lorsque la perte ou la détérioration d'un objet ou vêtement résulte de la nature ou d'un vice de ce dernier, ni lorsque le dommage a été la conséquence directe de l'exécution d'un acte médical ou de soins.

Les sommes d'argent ou objets de valeur sont restitués au patient soit par un Régisseur de l'établissement, soit par la Trésorerie Principale, sur présentation du reçu délivré lors du dépôt et d'une pièce d'identité, et en cas de décès sur production d'un certificat d'hérédité. Le patient peut se faire représenter par un mandataire pouvant attester de son identité et muni du reçu, ainsi que d'une procuration sous seing privé.

D.2.3. LA GESTION DES BIENS ET LA PROTECTION DES MAJEURS

Les biens des majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection juridique hospitalisés au sein de l'établissement ou sortis de l'établissement peuvent, sur décision de justice, être administrés, en considération des intérêts du patient, par un gérant de tutelle qui exerce ces fonctions sous le contrôle du juge du contentieux de la protection.

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

D.2.4. LA POURSUITE DE LA SCOLARITE

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.2.5. LES AUTORISATIONS DE SORTIE EN COURS D'HOSPITALISATION

Par décision du Directeur ou de son représentant sur avis favorable du médecin chef de service, 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).

Les horaires de départ et de retour et, le cas échéant, l'identité de l'accompagnant doivent être notés au sein de l'unité de soins. Lorsqu'un patient 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.

D.2.6. LES AUTORISATIONS DE SORTIE DES MINEURS EN COURS D'HOSPITALISATION

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.2.7. LE SIGNALEMENT DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

Le patient doit signaler, le cas échéant, au plus tôt à l'équipe médicale le traitement médical suivi. Dans ce cas, pour assurer la continuité et la compatibilité des soins, il apportera et confiera à l'équipe soignante les ordonnances et les médicaments en cours.

D.2.8. L'INTERDICTION DES GRATIFICATIONS

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

D.2.9. PRODUITS TOXIQUES ET ILLICITES

Il est interdit de fumer ou de vapoter dans tous les lieux publics, notamment à l'hôpital. Le CHUGA propose des consultations d'aide au sevrage tabagique. Le patient peut se renseigner à propos de celles-ci auprès du personnel du service. En outre, la détention et la consommation d'alcool, de drogue et de tous les produits illicites est formellement interdite dans l'enceinte hospitalière. Des consultations de prise en charge des addictions peuvent être proposées.

D.2.10. LES EFFETS PERSONNELS

Les patients 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.

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

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

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 patients.

Les patients 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.2.11. LES JOUETS

Les jouets appartenant aux enfants hospitalisés ou qui leur sont apportés leur sont remis après accord du service.

D.2.12. LES ANIMAUX

Les animaux, domestiques ou non, ne peuvent être introduits dans l'enceinte du CHU.

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

Des séances de médiation animale peuvent être organisées au sein de l'établissement.

D.2.13 RESPECT DE LA VIE PRIVEE ET UTILISATION DE L'IMAGE

Le respect de l'image et de l'intimité s'applique à tous : aux patients, aux proches, aux usagers, aux visiteurs et aux équipes de soins. Il est formellement interdit de filmer, de photographier ou d'enregistrer au sein du CHU, à l'exception d'images strictement personnelles où aucun élément (visuel ou légende) ne permet de reconnaître le CHU, d'autres patients, des visiteurs ou des personnels du CHU.

De ce fait, la diffusion d'informations et de photos relevant de l'activité du CHU, de ses équipes et de ses patients sur les réseaux sociaux et autres médias est soumise à l'autorisation de la Direction du CHU. En cas de non-respect de cette disposition, des poursuites pour atteinte à la vie privée ou à l'image du CHU peuvent être envisagées.

Dans le cadre de son activité, le CHU peut conduire des actions de communication interne et externe. Toute personne est en droit de refuser d'être photographiée ou filmée.

En cas d'accord, toute personne ou son représentant légal doit préalablement, à la captation ou à la diffusion de son image, donner son consentement par écrit. Dans le cas particulier des mineurs ou des incapables majeurs, il est nécessaire d'obtenir leur autorisation, en plus de celle du titulaire de l'autorité parentale, dès lors qu'ils sont capables de discernement.

Le consentement doit porter sur la prise d'image, son exploitation, sa publication ou sa diffusion. Par ailleurs, les personnes devant obtenir ce consentement sont invitées à contacter la Direction de la Communication pour retirer un document type d'autorisation de droit à l'image.

Le stockage d'images et notamment la prise d'image de la personne à finalité médicale, doit respecter la législation. Le cas échéant, l'autorisation de créer un fichier sera demandée à la CNIL.

FICHE D.3. L'ACCES DES PERSONNES EXTERIEURES

D.3.1. LES VISITES

Principes :

Le droit aux visites fait l'objet de dispositions arrêtées par le Directeur en concertation avec les responsables des structures concernées, notamment en ce qui concerne l'aménagement s'il y a lieu des horaires et du nombre de visiteurs.

Les horaires de visites applicables dans chaque service médical sont affichés à l'entrée du service. Des dérogations à ces dispositions peuvent être accordées nominativement, pour des motifs exceptionnels avec l'accord du médecin responsable, lorsqu'elles ne troublent pas le fonctionnement du service.

Afin de préserver la tranquillité des patients, il convient d'éviter qu'ils ne reçoivent plus de deux personnes à la fois.

Des restrictions peuvent être apportées au droit de visite, principalement pour des motifs liés à l'état des patients qui justifie notamment l'interdiction d'accès de certains visiteurs : mineurs en dessous d'un certain âge pour lesquels l'avis du personnel soignant est requis, accès restreint des visiteurs dans certains services spécialisés.

Les visites peuvent également être suspendues ou encadrées dans des circonstances exceptionnelles (ex : épidémie, état d'urgences sanitaire).

La suspension des visites peut également intervenir : en cas de non-respect des règles fixées pour la visite (ex : horaires inappropriés, nombre de visiteurs simultanés trop important, ...)

Dans le cas où le patient ne souhaite pas recevoir la visite de certaines personnes qu'il désigne, il peut en faire la demande auprès du cadre de santé.

Cas particuliers :

- Patients détenus

Les patients en détention dans un établissement pénitentiaire faisant l'objet d'une hospitalisation peuvent recevoir des visites uniquement si elles sont autorisées par l'escorte policière agissant sur instruction et sous l'autorité du commandement interne de son institution. Il appartient à l'établissement pénitentiaire d'informer les services de police quand ils sont chargés d'assurer la surveillance, de la liste des personnes bénéficiant des permis de visite. Dans l'attente de réception des permis de visites, aucune visite ne saura autorisée.

- Enfants hospitalisés

Des aménagements peuvent être prévus afin de permettre aux parents une présence qui peut être continue.

Les parents disposent d'un droit de visite auquel le mineur ne peut pas s'opposer. Ils peuvent par ailleurs s'opposer à certaines visites.

D.3.2. LES RECOMMANDATIONS AUX VISITEURS

Les visiteurs doivent respecter le repos des patients ; éviter de gêner le fonctionnement du service, accepter sur demande du personnel de se retirer des chambres des patients ou d'autres locaux pendant l'exécution des soins et examens, et de manière générale, ne pas perturber le travail quotidien du personnel hospitalier ; respecter les règles d'hygiène en vigueur dans le service (port de masque, lavage de main, blouse, charlotte, sur-chaussures...etc.) ; garder une tenue correcte, éviter de provoquer tout bruit intempestif, et respecter strictement l'interdiction de fumer et de vapoter.

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 patients des denrées ou boissons, même non alcoolisées qui pourraient être incompatibles avec leur régime alimentaire.

En cas de non-respect des règles de visites sus mentionnés, l'expulsion du visiteur indélicat, voire son interdiction de toute visite peut être décidée par le directeur ou son représentant après avis du responsable médical de l'unité de soins.

D.3.3. LES STAGIAIRES EXTERIEURS

Les stages d'étudiants et professionnels au sein du site hospitalier doivent faire l'objet d'une convention entre le CHU Grenoble Alpes et l'établissement ou l'organisme dont dépend le stagiaire ou avec le stagiaire lui-même. Les stagiaires placés sous la conduite de la personne responsable de leur stage, sont tenus de respecter les dispositions du présent règlement intérieur.

Lorsqu'ils sont en contact avec les patients dans les unités de soins, ils sont soumis aux mêmes contraintes que les personnels hospitaliers.

D.3.4. LES ASSOCIATIONS CONVENTIONNEES ET BENEVOLAT A L'HOPITAL

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 patients, 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 Grenoble Alpes une convention définissant les droits et obligations réciproques.

L'accès auprès des patients 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 appartenant à ces associations ne peuvent dispenser aucun soin.

D.3.5. L'ACCES 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 de l'établissement doit 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 service 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.

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.3.6. L'INTERDICTION D'ACCES AUX DEMARCHEURS, REPRESENTANTS ET ENQUETEURS

L'accès au sein d'un site hospitalier de démarcheurs, représentants et enquêteurs (démarcheurs, agents d'affaire, enquêteurs, vendeurs et photographe) est interdit, sauf accord du patient et autorisation spécifique de l'administration.

Ceux-ci s'exposent à une expulsion immédiate s'ils pénètrent (dans l'intention d'y exercer leur activité), sans autorisation écrite du Directeur, dans les chambres et les locaux hospitaliers. Aucune enquête notamment téléphonique ne peut être menée auprès des patients sans l'accord du Directeur du site ; les patients ne peuvent en aucun cas être tenus d'y répondre.

D.3.7. ACCES DES AGENTS COMMERCIAUX AGISSANT AU NOM D'ENTREPRISES PRODUISANT OU COMMERCIALISANT DES PRODUITS DE SANTE (« VISITEURS MEDICAUX »)

Selon les possibilités du service, les visiteurs médicaux sont autorisés à pénétrer dans l'établissement, conformément aux recommandations de la Haute autorité de santé, sous réserve du respect des règles suivantes :

- port obligatoire d'un badge professionnel afin de les identifier ;
- respect des règles d'identification, d'accès et de circulation dans l'établissement ; - assurance que le professionnel de santé connaît la personne qu'il rencontre ;
- organisation et planification préalable du rendez-vous ;
- autorisation des professionnels de santé en cas de visite accompagnée ;
- respect des horaires et modalités des visites prévus par le CHUGA;
- respect du secret professionnel ;
- interdiction de pénétrer dans les structures internes à accès restreint de l'hôpital ;
- autorisation nécessaire du praticien encadrant pour rencontrer les internes et le personnel en formation ;
- interdiction de rechercher des données de consommation ou de coûts propres à l'établissement ;

- interdiction de remettre des cadeaux en nature ou en espèces, d'inciter ou dédommager afin d'obtenir un droit de visite, de remettre des échantillons de tout produit de santé ; -
- limiter l'utilisation du téléphone portable et ne pas entraver la dispensation des soins.

D.3.8. L'INTERVENTION DES NOTAIRES

Lorsqu'un patient 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, et tout abus pouvant être constitutif d'une faute professionnelle relèverait de la seule compétence de l'autorité judiciaire.

FICHE D.4. LES PRESTATIONS DE SERVICE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

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

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

Les entreprises ayant signé avec le CHU Grenoble Alpes une convention d'occupation du domaine public peuvent proposer des prestations de services aux patients ainsi qu'aux visiteurs.

D.4.1. LE 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 de santé.

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 patient ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales.

D.4.2. TELEPHONE, TELEVISION ET ACCES INTERNET

L'accès à la télévision de la chambre est payant, des forfaits à la journée à la semaine ainsi qu'un mois sont proposés.

La mise en service d'une ligne téléphonique directe pour les patients est immédiate dès les frais de mise à disposition réglés.

L'utilisation des téléphones portables dans les chambres est autorisée sous réserve de ne pas gêner les autres patients ni le déroulement des soins.

Les patients peuvent demander un accès Wifi dans l'unité d'hospitalisation. Ce service est gratuit et valable d'un à sept jours.

D.4.3. RESTAURATION PRESSE

Des espaces de vente de boissons, de restauration rapide et de presse sont également mis à la disposition des patients.

PARTIE E - LA SORTIE DES PATIENTS

FICHE E.1. LA SORTIE DES PATIENTS EN FIN DE SEJOUR

E.1.1. LA DECISION DE SORTIE

Lorsque l'état du patient 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 patient et sa famille, les dispositions sont prises pour un transfert immédiat du patient 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. L'ORGANISATION DE LA SORTIE DES PATIENTS ADULTES

La sortie donne lieu à la remise au patient d'une lettre de liaison indiquant notamment le motif d'hospitalisation, la synthèse médicale du séjour, les traitements prescrits à la sortie de l'établissement 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 patient, le patient dispose du libre choix de l'entreprise ; la liste complète des entreprises de transport sanitaire agréées du département est tenue à la disposition des patients.

En cas de dépôt à la régie de recettes, le patient 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 Alpes.

E.1.3. LA SORTIE DES MINEURS EN FIN D'HOSPITALISATION

La personne titulaire de l'autorité parentale est informée de la sortie prochaine du mineur.

Elle doit préciser si le mineur peut quitter seul le CHU ou s'il doit être confié à ce dernier ou à une tierce personne qu'elle a expressément autorisée.

Dans le cas où la sortie du mineur est effectuée entre les mains de la personne titulaire de l'autorité parentale ou du tiers que celle-ci a autorisé, des justificatifs sont exigés en tant que de besoin (pièce d'identité, extrait de jugement). La photocopie de ces justificatifs est conservée dans le dossier du patient.

Toutefois ces règles ne s'appliquent pas lorsque le mineur s'est opposé à l'information des personnes titulaires de l'autorité parentale et est accompagné lors de sa sortie par une personne majeure de son choix. Dans ce cas, l'identité de cette personne doit être vérifiée et une pièce d'identité est conservée dans le dossier du patient.

E.1.4. LA SORTIE DES MINEURS CONTRE AVIS MEDICAL

Si la sortie contre avis médical est demandée pour un mineur par son représentant légal, et que la sortie présente un danger pour la santé du mineur, le médecin responsable du service peut procéder aux soins nécessaires et, si besoin, saisir le Procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance qu'il juge nécessaires.

Si elle est demandée par un mineur opposé à l'information des personnes titulaires de l'autorité parentale, elle ne peut intervenir qu'avec l'accompagnement d'une personne majeure, et le médecin responsable saisit également le procureur à la même fin.

La sortie d'un mineur contre avis médical (fugue) fait l'objet d'un signalement auprès des autorités de police. Sa famille est immédiatement prévenue.

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

E.1.5. LA SORTIE DES NOUVEAU-NES

Sous réserve des cas particuliers (prématurés, nécessité médicale, force majeure constatée par le médecin responsable), le nouveau-né quitte le CHU en même temps que sa mère.

FICHE E.2. LES CAS PARTICULIERS DE SORTIE

E.2.1. LA SORTIE CONTRE AVIS MEDICAL

Sauf cas particuliers, les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement.

Toutefois, si de l'avis du médecin responsable, elle est prématurée et présente un danger pour la santé, cette sortie sur décision du patient est assimilée à un refus de soins.

Il est alors demandé au patient, après information du médecin responsable, de signer une attestation consignant sa volonté de sortir contre avis médical malgré sa connaissance des risques éventuels ainsi encourus ; en cas de refus de signer cette attestation, un procès-verbal est établi.

Si l'état de santé du patient l'exige, le responsable médical présent informe le médecin traitant dans les délais les plus courts de la sortie prématurée du patient.

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

Pour les patients hospitalisés en psychiatrie, le médecin peut prendre des dispositions aux fins d'une hospitalisation sans consentement.

E.2.2. LA SORTIE A L'INSU DU SERVICE (FUGUE)

Lorsqu'un patient quitte l'établissement sans prévenir, des recherches sont entreprises pour le retrouver au sein de l'unité de soins, de l'établissement et de ses abords immédiats.

Si les recherches sont restées vaines et s'il s'agit d'une personne mineure, d'une personne majeure hospitalisée sans son consentement ou d'une manière générale, si la situation l'exige (patient en danger ou présentant un danger pour l'ordre public ou la sécurité des personnes), le directeur ou son représentant dûment habilité doit prévenir le commissariat de police. Il doit également informer sans délai la famille ou le représentant légal du patient.

Dans tous les cas, un courrier est adressé au patient à son domicile (ou à son représentant légal) afin de l'informer des risques encourus pour sa santé et l'inciter à réintégrer le service ou à se faire soigner. Une lettre indiquant son état de santé, les soins proposés et les risques encourus est également adressée à son médecin traitant.

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

E.2.3. LA 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, le directeur peut, après avis médical, prononcer la sortie d'un patient perturbant le bon fonctionnement du service ou ne se conformant pas au règlement intérieur du CHU.

Le cas échéant, la continuité des soins doit être assurée en organisant une alternative dont le patient est informé.

De plus les hospitalisés doivent veiller à respecter le bon état des locaux et objets qui sont à leur disposition. Dans le cas contraire, des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner la sortie du malade auteur de ces dégradations.

E.2.4. LES AUTORISATIONS DE SORTIE DES PATIENTS HOSPITALISES EN PSYCHIATRIE

Les autorisations de sortie des patients hospitalisés dans le cadre d'une mesure de soins sans consentement, sont soumises à des conditions très précises. Pour les personnes hospitalisées à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, la sortie doit être autorisée par le Directeur qui prend sa décision sur la base de l'avis médical favorable d'un psychiatre de l'unité.

Pour les patients hospitalisés sur décision du représentant de l'état, le Directeur transmet la demande au préfet accompagnée de l'avis médical favorable, au moins 48 heures avant la sortie. La sortie est autorisée sauf avis contraire du Préfet. La durée de la sortie doit, en tout état de cause, être inférieure à 12 heures. Le patient doit être accompagné soit par un membre de sa famille ou la personne de confiance qu'il a désignée, soit par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement.

PARTIE F - LES NAISSANCES ET LES DECES

FICHE F.1. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX NAISSANCES

F.1.1. LA DECLARATION DE NAISSANCE - CAS GENERAL

La déclaration de naissance doit avoir lieu dans les 5 jours qui suivent la naissance. L'état civil de la Mairie fournit un fascicule expliquant les modalités de déclaration qui est remis aux parents lors de l'accouchement.

Le certificat d'accouchement établi par la sage-femme ayant réalisé l'accouchement est intégré dans le dossier informatisé de la patiente. Chaque jour, le service adresse les certificats de naissance du jour précédent à la Mairie. Le co-parent devant se rendre à la Mairie afin d'établir la déclaration de naissance.

F.1.2. LES DECLARATIONS SPECIFIQUES AUX ENFANTS DECEDES DANS LA PERIODE PERINATALE

Dans le cas d'un enfant décédé avant que sa naissance ne soit déclarée à l'état civil : l'officier d'état civil établit un acte de naissance et un acte de décès sur production d'un certificat médical indiquant que l'enfant est né vivant et viable et précisant le lieu, les jours et heures de sa naissance et son décès.

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

Dans le cas d'un enfant né vivant non viable ou d'un enfant mort-né : en l'absence de certificat médical attestant que l'enfant est né vivant et viable, l'officier d'état civil établit, sur production d'un certificat attestant de l'accouchement de la mère, un acte d'enfant sans vie, inscrit sur les registres de décès qui énonce notamment le jour, l'heure et le lieu de l'accouchement.

Le décès de l'enfant sans vie est inscrit sur le registre des décès de l'établissement. Il sera précisé aux parents lors de la remise du document, que la déclaration éventuelle de l'enfant sans vie à l'état civil repose sur une démarche volontaire et qu'elle n'est contrainte par aucun délai.

FICHE F.2. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX DECES

F.2.1. L'ATTITUDE A L'APPROCHE DU DECES

Lorsque l'état du patient s'est aggravé et qu'il est en danger de mort, la famille ou les proches du patient sont prévenus sans délai, par l'agent du site habilité et par tous moyens appropriés, de l'aggravation de son état.

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

Lorsque le retour au domicile n'a pas été demandé, le patient est installé 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.2.2.1. L'INFORMATION SUR LE DECES

La famille ou les proches sont prévenus sans délai et par tous moyens appropriés de l'aggravation de l'état du patient et du décès de celui-ci, médicalement constaté. Cette information est communiquée à la famille, ou aux proches identifiés, 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 :

- En l'absence de famille connue et dans le cas de personne de nationalité étrangère, au consulat ou à l'ambassade la plus proche ;
- Pour les militaires, à l'autorité militaire compétente ;
- Pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, au Directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne chez laquelle le mineur a son domicile habituel ;
- Pour les personnes placées sous sauvegarde de justice, à la famille et au mandataire spécial
- Pour les personnes placées sous tutelle ou curatelle, au tuteur ou au curateur ;
- Pour les personnes non identifiées, aux services de Police (avec mention sur le certificat de décès de l'obstacle médico-légal).

Le service d'Etat Civil de la mairie du lieu de décès est informé dans le délai légal de 24H. Le décès est enregistré sur le registre des décès du site.

F.2.2.2. INDICES DE MORT SUSPECTE

Dans les cas de signes ou d'indices de mort suspecte d'un patient, un obstacle médico-légal (OML) peut être apposé. La mort suspecte s'entend comme une situation où les circonstances de survenue de l'évènement ayant causé le décès ne sont pas élucidées. Cette situation est à différencier de la mort violente dont les circonstances de survenue sont clairement établies.

Lorsque le médecin déclare un OML, il doit en renseigner les raisons dans le dossier médical. De même, le certificat de décès doit mentionner qu'il existe un OML qui suspend les opérations funéraires jusqu'à la décision de levée de cette suspension par les autorités judiciaires.

Dans les cas de signes ou d'indices de mort suspecte d'un patient, le médecin, en lien avec le Directeur général ou son représentant, avise immédiatement l'autorité judiciaire (procureur de la République), conformément à l'article 81 du code civil, et suivant la procédure interne en vigueur.

La déclaration d'un OML entraîne une enquête de police et l'intervention d'un médecin légiste sur réquisition du procureur. Le médecin légiste procède selon les circonstances à un examen de corps et/ou à une autopsie médico-légale. Le corps n'est restitué à la famille qu'après autorisation du procureur.

F.2.3. LES FORMALITES ENTOURANT LE DECES

Le décès est constaté par un médecin réglementairement habilité dans le cadre de ses fonctions de diagnostic.

Deux documents sont établis :

- un « certificat de décès », établi sur un document officiel, qui est remis à la famille (ou à son mandataire) en vue d'accomplir les formalités de déclaration du décès auprès du service de l'Etat civil,
- une « fiche de liaison- attestation de décès » à usage interne, destinée à la chambre mortuaire, est remise à l'agent assurant le transport du corps de l'unité de soins vers la chambre mortuaire.

Dès que le décès a été constaté, le personnel soignant procède à la toilette mortuaire et à l'habillage du défunt dans le respect des croyances de ce dernier et/ou selon la volonté des proches (et en l'absence d'obstacle médico-légal).

L'inventaire de tous les biens dressé à l'admission est vérifié. Un bracelet d'identification est placé sur le corps.

F.2.4. LA GESTION DES BIENS DU DEFUNT

Lorsque le décès a été médicalement constaté, le personnel soignant procède à la toilette et à l'habillage du défunt avec toutes les précautions qui conviennent, et dresse l'inventaire de tous les objets qu'il possédait (vêtements, bijoux, somme d'argent, papiers, clefs, etc...)

Cet inventaire est dressé en présence d'un témoin. Il est inscrit sur un registre d'inventaire, au niveau de l'unité de soins.

Les vêtements et objets usuels sont remis à la famille. Les espèces, valeurs et bijoux sont immédiatement versés dans la caisse du comptable de l'établissement qui les restitue aux ayants droits.

Ces objets ne peuvent être remis directement par le personnel aux ayants droit du patient ou à ses proches.

F.2.5. LE DON DU CORPS A LA SCIENCE

Une personne peut avoir fait don de son corps au bénéfice d'un établissement d'enseignement et de recherche (UFR de Médecine).

Pour l'UFR de médecine de Grenoble, ce don ne peut être accepté que si la personne décédée en a fait la déclaration écrite, datée et signée de sa main, qui – en cas d'accord – délivre une carte de donateur à conserver sur soi en permanence. Le transport de corps sans mise en bière vers l'UFR de Médecine, quel que soit le lieu de destination, doit être réalisé dans un délai maximum de 48H.

F.2.6. LA LIBERTE DES FUNERAILLES - LES 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 consignant ses volontés dans un testament ou en souscrivant un contrat d'obsèques.

Les patients peuvent demander au notaire de leur choix de venir sur le site hospitalier pour y recueillir à leur chevet leurs dernières volontés.

Les patients peuvent aussi faire des dons ou léguer tout ou partie de leurs biens au CHU Grenoble Alpes, 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.2.7. LE DEPOT DES CORPS A LA CHAMBRE MORTUAIRE

Après réalisation de l'inventaire des biens du défunt, le corps peut être déposé 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. La chambre mortuaire comprend 5 salons de présentation.

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. Un espace dédié permet la réalisation de soins rituels par une personne extérieure.

Le séjour dans la chambre mortuaire du corps d'une personne décédée à l'hôpital ne donne pas lieu à facturation pendant les trois premiers jours. Au-delà, un tarif fixé annuellement par le directeur de l'établissement est perçu pour chaque jour supplémentaire.

F.2.8. L'ORGANISATION DES OPERATIONS FUNERAIRES – LE LIBRE CHOIX DES OPERATEURS

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.2.9. LA MISE EN BIERE ET LE TRANSPORT APRES MISE EN BIERE

Le défunt est mis en bière au niveau de la chambre mortuaire avant son transport pour inhumation ou crémation. Si le défunt est porteur d'une prothèse fonctionnant avec des radioéléments ou à pile, un médecin ou un thanatopracteur procède au préalable à son retrait. La fermeture du cercueil est autorisée par l'officier d'état civil du lieu du décès, sur production du certificat de décès parallèlement aux formalités de déclaration de décès et d'obtention du permis d'inhumer. 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.2.10. LE TRANSPORT DE CORPS SANS MISE EN BIERE

Quel que soit le lieu de dépôt du corps, le transport avant mise en bière du corps d'une personne décédée vers son domicile, la résidence d'un membre de sa famille ou une chambre funéraire ne peut être réalisé sans une déclaration écrite préalable effectuée, par tout moyen, auprès du maire du lieu de dépôt du corps.

➔ *Transport avant mise en bière au domicile*

A la demande d'un ayant droit du défunt et dans le délai de 48 heures à compter du décès, un transport avant mise en bière est effectué vers le domicile du défunt.

A destination du domicile du défunt ou d'un membre de sa famille, le transport de corps avant mise en bière d'un patient décédé dans un établissement du CHU de Grenoble Alpes doit être autorisé par le directeur concerné. Il en est de même pour un transport de corps d'un site à l'autre.

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

➔ *Transport sans mise en bière à la chambre funéraire intercommunale*

A la demande d'un ayant droit du défunt et dans le délai de 48 heures à compter du décès un transport de corps avant mise en bière vers une chambre funéraire extérieure peut être effectué. L'autorisation du directeur n'est pas requise.

F.2.11. LES DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX ENFANTS DECEDES DANS LA PERIODE PERINATALE

Les dispositions qui précèdent concernant les adultes s'appliquent aux enfants nés vivants et viables mais décédés avant que leur naissance ne soit déclarée à l'état civil, c'est-à-dire aux enfants ayant fait l'objet d'un acte de naissance et d'un acte de décès.

Dans le cas d'un enfant mort-né ou né vivant et non viable pouvant faire l'objet d'une déclaration « d'enfant sans vie » aux services de l'état civil, la famille dispose d'un délai de 10 jours au maximum pour réclamer le corps en vue d'organiser des obsèques, le recours à un opérateur funéraire est possible. En cas de non réclamation du corps aux termes de ce délai, l'hôpital prend les mesures pour faire procéder à sa charge à la crémation du corps, en principe dans un délai de 2 jours

PARTIE G - LES DISPOSITIONS FINANCIERES

FICHE G.1. LES TARIFS DES CONSULTATIONS EXTERNES

Les tarifs des consultations et actes pratiqués à titre externe à l'hôpital correspondent aux tarifs publics fixés par conventions entre l'Assurance Maladie et les professionnels de santé, sur la base des nomenclatures en vigueur. Les tarifs des actes non prévus par ces nomenclatures sont fixés par l'hôpital. 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 auprès de l'hôpital. 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.

FICHE G.2. LES FRAIS DE SEJOUR HOSPITALIER

G.2.1. LES TARIFS DES PRESTATIONS

Les frais de séjour résultent de l'application de tarifs de prestations représentant le coût d'une journée d'hospitalisation dans une discipline médicale donnée. Il existe un tarif par discipline d'hospitalisation, fixé par l'Agence Régionale de Santé, facturable et facturé pour toute journée d'hospitalisation au patient ou à un tiers payeur.

G.2.2. LE FORFAIT JOURNALIER

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

Chaque patient a la possibilité soit d'être admis en régime commun, soit de demander à être admis en régime particulier ce qui peut lui permettre de bénéficier d'une chambre particulière. Le choix pour le régime d'hospitalisation doit être formulé par écrit dès l'admission, par le patient lui-même ou son accompagnant, après qu'il aura pris connaissance des conditions particulières qu'implique ce choix.

L'installation dans une chambre particulière constitue une prestation soumise à facturation sauf prescription médicale imposant l'isolement ou si seule une chambre individuelle est disponible, elle

est systématiquement facturée au patient, sur la base d'un tarif forfaitaire fixé par décision du Directeur Général.

Le forfait journalier et le supplément pour chambre particulière doivent être réglés au bureau des entrées du site le jour de la sortie (sauf prise en charge par un tiers payant).

G.2.3. LE PAIEMENT DES FRAIS DE SEJOUR ET PROVISIONS

Toute journée d'hospitalisation est facturable. Elle doit être payée au CHU Grenoble Alpes par le patient ou par un tiers payeur.

Lors de l'admission, si les frais de séjour ne peuvent être pris en charge par un organisme tiers (organisme d'assurance maladie ou autre organisme), un engagement de payer doit être souscrit, par les intéressés ou à défaut leur famille ou un tiers responsable avec versement immédiat - sauf dans les cas d'urgence médicalement constatée - d'une provision-renouvelable-calculée sur la base de la durée estimée du séjour. En cas de sortie avant l'expiration de la période d'hospitalisation prévue, la fraction dépassant le nombre de jours de présence est restituée.

Toujours, sauf dans les mêmes cas d'urgence, les patients étrangers non-résidents sont tenus au dépôt préalable d'une provision égale à la totalité des frais prévisibles de leur hospitalisation à défaut d'un document attestant d'une prise en charge par les autorités ou organismes sociaux de leur pays d'origine qui soit accepté par le CHU Grenoble Alpes.

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

G.2.4. LES DISPOSITIONS PARTICULIERES A CERTAINS PATIENTS

Le Bureau des Entrées peut fournir des précisions sur les règles spécifiques applicables à diverses catégories de patients en matière de prise en charge des frais de séjour.

G.2.5. LES PRESTATIONS FOURNIES AUX ACCOMPAGNANTS

Les frais d'hébergement et de repas engagés par l'hôpital pour les personnes accompagnant les patients 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 patient en fin de vie.

G.2.6. LES HONORAIRES DES MEDECINS AU TITRE DE LEUR ACTIVITE LIBERALE

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

PARTIE H - LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS

FICHE H.1. LES REGLES FONDEES SUR LE RESPECT DU PATIENT

H.1.1. LES DEVOIRS GENERAUX DU PERSONNEL

Les agents publics sont tenus de respecter les principes de dignité, probité, impartialité, intégrité, neutralité, laïcité et d'égalité. La direction générale est garante de ces principes et veille à leur respect au sein des services sous son autorité.

H.1.1.1. L'OBLIGATION DE DISCRETION PROFESSIONNELLE

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les personnels du CHU Grenoble Alpes sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle pour tous les faits et informations ou documents dont ils ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

En outre, les professionnels ne doivent accéder qu'aux informations strictement nécessaires à leur exercice professionnel.

Il est interdit de donner à quiconque communication d'informations, de pièces ou documents de service, notamment concernant l'identité ou l'état de santé des patients hospitalisés ou des professionnels du CHU. Cette interdiction de diffusion s'applique à l'ensemble des réseaux sociaux, qu'ils soient publics ou privés.

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.1.1.2. LE DEVOIR DE RESERVE

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

L'obligation de réserve s'applique pendant et hors du temps de service, quel que soit le support utilisé (en particulier les réseaux sociaux).

Il doit s'abstenir de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou déplacés, susceptibles d'importuner ou de choquer les patients, les visiteurs et les autres agents du site.

Tout agent est tenu, dans ses paroles, actes ou attitudes des faire preuve de mesure, de modération et de retenue vis-à-vis de l'institution et du personnel, que ce soit dans le service ou en dehors du service, pendant et en dehors du temps de travail et quel que soit le support utilisé et en particulier sur les réseaux sociaux. Cette obligation impose aussi aux agents publics d'éviter en toutes circonstances les comportements susceptibles de porter atteinte à la considération du service public. Tout manquement à ces obligations peut donner lieu à des poursuites disciplinaire, ordinaire voire pénale

H.1.1.3. LA LIBERTE DE CONSCIENCE ET D'OPINION

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les agents publics en raison de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses. Il ne peut être fait état de leurs opinions ou activités dans les dossiers ou documents administratifs les concernant.

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.

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.

H.1.1.4. L'OBLIGATION DE NEUTRALITE

Dans l'exécution de son service, l'agent est tenu au devoir de stricte neutralité qui s'impose à tout agent collaborant au service public.

Les paroles, actions ou inactions de l'agent public doivent être dictées uniquement par l'intérêt du service public et non par des convictions politiques, philosophiques ou religieuses personnelles.

Ce devoir de neutralité lui interdit de faire de son service ou de sa fonction un instrument ou une occasion de propagande.

La manifestation – sous quelque forme que ce soit - d'une croyance pendant l'exercice des fonctions constitue une faute disciplinaire qui peut faire l'objet d'une sanction.

H.1.1.5. LE RESPECT DU PRINCIPE DE LAÏCITE

Dans l'exercice de ses fonctions, l'agent public est tenu à l'obligation de neutralité. Il exerce ses fonctions dans le respect du principe de laïcité

Ainsi, il s'abstient de manifester, dans l'exercice de ses fonctions, ses opinions religieuses.

Les étudiants conservent durant leur formation universitaire théorique la possibilité de porter des signes religieux car ils sont à cet instant uniquement des étudiants de l'enseignement supérieur. En revanche, notamment lorsqu'ils sont en stage ou en formation professionnelle au sein d'un établissement public de santé, ils sont soumis à l'obligation de neutralité car ils exercent alors des fonctions médicales ou paramédicales et sont à ce titre assimilés à des agents du service public.

De plus, en application de la réglementation, la dissimulation du visage est interdite dans l'espace public.

Par espace public, il faut entendre notamment les lieux affectés à un service public. Par conséquent la dissimulation du visage est interdite dans l'enceinte des hôpitaux.

En cas de refus d'obtempérer, la direction de l'établissement devra en être informée et prendra les mesures prévues par la réglementation.

En cas de difficulté relative à l'application de ce principe, tout agent peut faire appel au référent laïcité de l'établissement.

H.1.1.6 LE PRINCIPE D'EGALITE ET DE NON DISCRIMINATION

Tout agent public doit traiter de façon égale toutes les personnes et respecter leur liberté de conscience et leur dignité. Il doit garantir l'accès de tous aux soins qu'il dispense. Les établissements publics hospitaliers sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services ; ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les patients en ce qui concerne l'accès à la prévention et aux soins.

H.1.2. LE SECRET PROFESSIONNEL

Institué dans l'intérêt des patients, qui ont droit au respect de leur vie privée et du secret des informations les concernant, le secret professionnel s'impose à tous. C'est un principe fondamental dont la violation est passible de sanctions non seulement sur le plan disciplinaire mais également sur le plan civil et pénal.

Le secret médical est une composante du secret professionnel concernant tous les professionnels de santé. Ce secret étant un droit absolu, personne ne peut s'en délier, même le patient lui-même.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance des personnels dans l'exercice de leur activité, c'est-à-dire non seulement ce qui a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.

Le secret médical s'étend non seulement aux informations à caractère strictement médical (pathologie, résultat d'examens biologiques et radiographiques, diagnostic, traitement, intervention) mais aussi aux informations personnelles, relatives à la vie privée d'une personne (celles-ci pouvant concerner la famille, la profession ou encore le patrimoine de la personne malade).

Le secret professionnel concerne tous les professionnels de santé mais également toutes les personnes qui interviennent auprès du patient dans le cadre de leurs activités professionnelles ainsi que les bénévoles au sein de l'établissement hospitalier et également les représentants des usagers. Il convient de préciser que les informations concernant une personne prise en charge par une équipe de soins dans un établissement hospitalier sont réputées confiées par le patient à l'ensemble de l'équipe.

Le principe du secret professionnel connaît cependant quelques dérogations obligatoires ou facultatives. La loi prévoit une obligation de révélation lorsque l'intérêt primordial de la société l'emporte sur la nécessité du secret.

➤ DEROGATIONS OBLIGATOIRES

Le médecin *est obligé* de s'affranchir de son obligation de secret dans les cas limitativement prévus par la loi :

- la déclaration de naissance ;
- le certificat de décès ;
- la déclaration de certaines maladies contagieuses figurant sur une liste arrêtée par décret ;
- la déclaration des infections sexuellement transmissibles ;
- le certificat d'accident du travail ;
- le certificat de maladie professionnelle ;
- le certificat attestant d'une maladie mentale dont la nature et la gravité imposent une hospitalisation ;
- la déclaration visant au placement d'un majeur sous sauvegarde de justice ;
- la déclaration de l'état dangereux des alcooliques ;
- le certificat de santé rédigé au titre de la surveillance sanitaire des enfants en bas âge ;
- la déclaration de l'interruption d'une cure de désintoxication, pour les patients toxicomanes traités dans le cadre d'une injonction thérapeutique.

➤ DEROGATIONS FACULTATIVES (permissions de la Loi)

Le médecin *est autorisé* à s'affranchir de son obligation de secret en cas de protection de la victime d'une infraction :

- Le « médecin ou tout autre professionnel de santé » est délié de son obligation de secret professionnel dans le cas où, « avec l'accord de la victime, il porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. » Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire.
- En outre, est délié de son obligation de secret professionnel « celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique »
- Est également délié de son obligation de secret professionnel les « professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une. ».
- Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple, lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République ;

Dans ces hypothèses, le signalement aux autorités compétentes effectué en application de l'article 226-14 du code pénal ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi.

Si le médecin estime ne pas devoir révéler les sévices ou privations dont il a eu connaissance, il doit alors prendre toute mesure pour en limiter les effets et en empêcher le renouvellement.

En leur qualité d'autorité constituée, les cadres de direction du site et les médecins chefs de service - à charge pour ces derniers d'en informer le directeur - doivent, sans délai, porter à la connaissance des autorités judiciaires (Procureur de la République) les crimes et délits dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions et transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs.

➤ Cas d'action dans l'intérêt du patient :

- désignation de la personne de confiance : celle-ci peut assister aux entretiens médicaux, ce qui représente une levée possible du secret.
- communication de données médicales aux services administratifs chargés d'instruire un dossier de pension pour faciliter l'instruction dudit dossier.

Il faut souligner que dans l'intérêt du patient, il y a des situations où le secret ne peut s'appliquer totalement et où le dialogue doit s'instaurer entre l'équipe médicale et les proches :

- cas de diagnostic ou de pronostic grave : le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches du patient ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct au patient, sauf opposition de sa part,
- cas d'informations médicales concernant une personne décédée délivrées à ses ayants-droits dans la mesure où elles sont nécessaires pour connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir leurs droits (sauf volonté contraire exprimée par la personne décédée avant son décès) ;
- cas d'un diagnostic génétique révélant une anomalie dans le patrimoine génétique familial qui peut être révélée à la famille avec l'accord du patient.

En outre, le secret médical absolu n'est pas opposable aux médecins contrôleurs de la sécurité sociale comme aux médecins de contrôle du CHU GRENOBLE ALPES.

H.1.2.1. LE PARTAGE D'INFORMATIONS COUVERT PAR LE SECRET PROFESSIONNEL

La loi définit l'équipe de soins comme étant « un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes, et qui :

- *Soit exercent dans le même établissement de santé ;*
- *Soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ;*
- *Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé ».*

Cet élargissement a pour conséquence de modifier le partage d'informations entre les professionnels de santé.

Dans le cadre du partage d'informations couvert par le secret professionnel, la loi prévoit trois situations possibles :

1. Le partage d'informations entre professionnels, qu'ils soient professionnels de santé ou non, à la condition qu'ils concourent tous à la prise en charge du patient;
2. Le partage d'informations au sein d'une équipe de soins ;
3. Le partage d'informations entre professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins.

Dans les deux premières situations, une condition supplémentaire et impérative s'impose à tous : les informations partagées doivent être strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou au suivi médico-social.

Dans la troisième situation, l'information nécessaire à la prise en charge d'une personne impose qu'elle ait donné son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée.

H.1.2.2. L'ÉCHANGE D'INFORMATIONS PERSONNELLES COUVERTES PAR LE SECRET PROFESSIONNEL ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

L'échange de données soumises au secret médical se définit comme la communication d'informations relatives à une même personne prise en charge à un destinataire clairement identifié. Cet échange peut avoir lieu entre plusieurs professionnels de santé identifiés à la condition que ces informations qui doivent être strictement nécessaires à la coordination, prévention, continuité ou suivi médico-social du patient. La lettre de liaison matérialise cette communication.

H.1.2.3. LE DROIT D'OPPOSITION DU PATIENT AU PARTAGE ET A L'ECHANGE D'INFORMATIONS LE CONCERNANT

Le patient dispose du droit de s'opposer à tout moment à l'échange et au partage d'informations.

La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment.

Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation de la réglementation en vigueur est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

H.1.3. LE DEVOIR D'INFORMATION DU PUBLIC

Les personnels hospitaliers répondent aux demandes d'information des usagers dans le respect des règles concernant le secret et la discrétion professionnelles. Ils participent ainsi à la transparence des décisions et des dossiers. Lors de leur admission, les patients sont tenus de recevoir de l'établissement de santé qui les accueille un livret d'accueil.

De plus, les règles garantissant les droits des patients, réunies pour la plupart d'entre elles dans le code de la santé publique, doivent être portées à la connaissance des usagers par le présent règlement intérieur qui doit être tenu à la disposition de toute personne qui en fait la demande. Concernant les informations de nature financière, le patient doit pouvoir se déterminer librement sur le choix d'une thérapeutique ou d'une prise en charge hospitalière en fonction des conséquences financières de sa décision. Il est désormais prévu que toute personne a droit, à sa demande, à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge. Toute personne doit recevoir une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais.

H.1.4. LA DIGNITE ET L'INTEGRITE DU PATIENT HOSPITALISE

Le respect de la dignité et de l'intimité doit être préservé par tous les professionnels intervenant dans la prise en charge du patient, tout le long de son séjour. Cela implique que le patient soit reçu, examiné, soigné et traité dans le respect de son intimité et de sa vie privée, sans discrimination

H.1.5. LE RESPECT DU CONFORT DES PATIENTS

Les personnels s'efforcent, sans distinction de grade ou de fonctions, d'assurer au mieux le confort physique et moral des patients 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 patients 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 soin.

H.1.6. DEONTOLOGIE

Les professionnels de santé disposant d'un ordre national ont l'obligation de respecter les règles déontologiques de leurs ordres respectifs.

L'ensemble des médecins, pharmaciens, odontologistes, sages-femmes, Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et les étudiants en médecine, pharmacie et odontologie sont soumis aux dispositions du code de déontologie de leur profession. En conséquence, et conformément aux dispositions légales en vigueur, les personnels de l'établissement qui en relèvent doivent s'assurer de leur inscription au tableau de leur ordre professionnel et communiquer un justificatif de leur inscription à la Direction des Ressources Humaines et de la Formation ou à la Direction des Affaires Médicales. Les autres professionnels de santé doivent également veiller à l'enregistrement de leur(s) diplôme(s) auprès des autorités sanitaires; notamment si leur profession n'est pas dotée d'une structure ordinaire

Les agents peuvent solliciter le Collège de déontologie du CHUGA qui a pour mission d'apporter des conseils aux agents concernant le respect des obligations et principes déontologiques.

Ces principes sont notamment les suivants :

- Dignité, impartialité, intégrité et probité
- Neutralité
- Laïcité
- Respect de la liberté de conscience et de la dignité des usagers

- Cessation ou prévention des situations de conflit d'intérêts lorsque l'agent se trouve ou pourrait se trouver dans une telle situation
- Déclaration exhaustive, exacte et sincère de sa situation patrimoniale lorsque l'agent occupe un emploi soumis à une telle déclaration
- Non cumul d'emploi, sauf s'il s'agit d'une activité autorisée
- Obéissance hiérarchique
- Satisfaction aux demandes d'information du public.

Le Collège de déontologie est également compétent pour apporter des conseils au directeur sur certains cas de cumuls d'activité en cas de doute sérieux sur la compatibilité entre l'activité envisagée/ le projet de création ou de reprise d'entreprise avec les fonctions exercées.

Le collège de déontologie est compétent pour répondre aux questions portant sur le respect et la mise en œuvre du principe de laïcité (réfèrent laïcité).

Il exerce également les missions du réfèrent alerte pour l'établissement.

H.1.7. L'EXIGENCE D'UNE TENUE PROFESSIONNELLE

La tenue est un élément du respect dû aux patients et permet l'identification du professionnel de santé intervenant auprès du patient. Les tenues fournies par l'établissement sont adaptées aux emplois et secteurs d'activité.

Le directeur définit les secteurs dans lesquels une tenue professionnelle est obligatoire. Les personnels sont dans l'obligation de les porter pendant toute la durée de leur service.

Afin de se faire connaître aux patients et à leurs familles, sauf dans certains services ciblés décidés par le Directeur Général, les personnels de l'hôpital en contact avec les hospitalisés ou le public portent, pendant l'exécution de leur service, la tenue personnalisée et laisse apparents un badge ou tout autre moyen d'identification précisant leur nom, prénom et leur fonction.

Il est interdit de porter les tenues professionnelles à l'extérieur de l'établissement ou pour se rendre au self hospitalier pour des raisons de sécurité et d'hygiène.

Le port des tenues de bloc opératoire est strictement réservé à cet usage et formellement interdit en dehors de ces unités.

Une tenue correcte, tant dans l'habillement que dans le langage, est exigée de l'ensemble des personnes travaillant à l'hôpital. Pour le personnel non astreint à une tenue professionnelle fournie par l'établissement, une tenue correcte est exigée.

Elle doit être également compatible avec les principes de neutralité et de laïcité du service public ainsi qu'avec les règles d'hygiène.

H.1.8. L'ACCUEIL ET LE RESPECT DU LIBRE CHOIX DES FAMILLES

L'accueil et l'information des familles s'effectuent avec tact et ménagement, en toute circonstance. Les patients ont, d'une manière générale et sous réserve des contraintes liées à l'organisation du service public, le libre choix de leur praticien. Mais le service n'est nullement tenu de donner suite à ces demandes si cela nuit au fonctionnement du service ou à la qualité des soins.

Les patients qui manifestent une intransigeance que le service public ne peut satisfaire, peuvent choisir de recourir à d'autres établissements de santé, y compris privés, qui peuvent choisir de répondre favorablement à ces demandes. Sous peine de sanctions, 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. De même les personnels de l'hôpital s'abstiennent de servir d'intermédiaire pour des associations ou entreprises proposant la mise à disposition de produits de santé (appareillages inclus).

Les personnels agissent dans le souci constant du patient. Ils sont attentifs à ses besoins, à ses demandes et respectent ses choix et ses refus. Ils mettent en œuvre des actions qui rendent concrètes et effectives la mise en œuvre des droits des patients et l'amélioration de leur vie quotidienne. L'Etablissement hospitalier veille en toutes circonstances à la prévention, au diagnostic et au dépistage de la maltraitance y compris dans ses formes non intentionnelles ou passives.

FICHE H.2. LES PRINCIPES DE BONNE CONDUITE PROFESSIONNELLE – PRINCIPE DE DESINTERESSEMENT

H.2.1. L'OBLIGATION DE DECLARATION D'INTERETS

H.2.1.1 L'OBLIGATION DE DESINTERESSEMENT

Les personnels de l'hôpital ne peuvent prendre, par eux-mêmes ou par personnes interposées, des intérêts dans une entreprise ou un opérateur public en relation avec le CHUGA de nature à compromettre leur indépendance.

H.2.1.2 PREVENTION DES CONFLITS D'INTERET

L'agent public veille à prévenir ou à faire cesser immédiatement les situations de conflit d'intérêts défini à l'article L. 121-5 dans lesquelles il se trouve ou pourrait se trouver.

Constitue un conflit d'intérêts toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés qui est de nature à influencer ou paraître influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif de ses fonctions. Il est interdit à tout professionnel du CHU de prendre ou de détenir, directement ou par personnes interposées, dans une entreprise soumise au contrôle de l'administration à laquelle il appartient ou en relation avec cette dernière, des intérêts de nature à compromettre son indépendance.

H.2.2. L'INTERDICTION D'EXERCER UNE ACTIVITE PRIVEE LUCRATIVE

Le code général de la fonction publique impose aux personnels de l'hôpital de consacrer l'intégralité de leur activité professionnelle aux tâches qui leur sont confiées. Il leur est interdit d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative, de quelque nature qu'elle soit.

Il est interdit à l'agent public :

1° De créer ou de reprendre une entreprise immatriculée au registre du commerce et des sociétés ou au registre national des entreprises en tant qu'entreprise du secteur des métiers et de l'artisanat ou affiliée au régime prévu à l'[article L. 613-7 du code de la sécurité sociale](#) ;

2° De participer aux organes de direction de sociétés ou d'associations à but lucratif ;

3° De donner des consultations, de procéder à des expertises ou de plaider en justice dans les litiges intéressant toute personne publique, le cas échéant devant une juridiction étrangère ou internationale, sauf si cette prestation s'exerce au profit d'une personne publique ne relevant pas du secteur concurrentiel ;

4° De prendre ou de détenir, directement ou par personnes interposées, dans une entreprise soumise au contrôle de l'administration à laquelle il appartient ou en relation avec cette dernière, des intérêts de nature à compromettre son indépendance ;

5° De cumuler un emploi permanent à temps complet avec un ou plusieurs autres emplois permanents à temps complet

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. Les dérogations aux cumuls sont possibles dans des situations précises et sont soumises à l'examen préalable de l'administration qui le cas échéant, saisit le collège de déontologie.

Les exceptions au non cumul concernent :

- La production des œuvres de l'esprit par un agent public qui s'exerce librement, dans le respect des dispositions relatives au droit d'auteur des agents publics et sous réserve des articles L. 121-6 (secret professionnel) et L. 121-7 (discretion professionnelle) du Code général de la Fonction Publique.
- L'agent public membre du personnel enseignant, technique ou scientifique des établissements d'enseignement ou pratiquant des activités à caractère artistique qui peut exercer les professions libérales qui découlent de la nature de ses fonctions.
- Les activités visées par les articles L123-4 à L123-6 du Code Général de la Fonction Publique et soumises à déclaration
- Les activités accessoires : le fonctionnaire peut cumuler son emploi, sur autorisation, avec une activité accessoire, lucrative ou non, auprès d'une personne ou d'un organisme public ou privé, à la condition qu'elle soit compatible avec les fonctions principales et qu'elle n'affecte pas leur exercice qu'elle figure sur la liste des activités susceptibles d'être exercées à titre accessoire visée à l'article 11 du décret 2020-69 du 30 janvier 2020. Cette activité accessoire ne doit en aucun cas porter atteinte au fonctionnement normal, à l'indépendance ou à la neutralité du service, ou encore placer l'intéressé en situation de méconnaître l'article 432-12 du code pénal. Elle doit s'exercer en dehors des heures ou obligations de service.

Les activités susceptibles d'être autorisées sont :

- des expertises ou consultations auprès d'une entreprise ou d'un organisme privé,
- des activités d'enseignement ou de formation
- des activités à caractère sportif ou culturel y compris encadrement et animation dans les domaines sportif, culturel ou de l'éducation populaire,
- des activités agricoles,
- des activités de conjoint collaborateur au sein d'une entreprise artisanale ou commerciale ou libérale,
- l'aide à domicile à un ascendant, descendant, conjoint partenaire lié par un pacte civil de solidarité, concubin, permettant au fonctionnaire de percevoir le cas échéant les allocations afférentes à cette aide,
- des travaux de faible d'importance réalisés chez des particuliers,
- une activité d'intérêt général exercée auprès d'une personne publique ou d'une personne privée à but non lucratif,
- une mission d'intérêt public de coopération internationale ou auprès d'organismes d'intérêt général à caractère international ou d'un Etat étranger.
- Les services à la personnes mentionnés à l'article 7231-1 du code du travail
- la vente de biens fabriqués par un agent,

- Le cumul pour la création ou la reprise d'une entreprise : le fonctionnaire ou agent non titulaire de droit public à temps complet, peut, tout en demeurant dans son emploi public, être autorisé à accomplir un service à temps partiel pour créer ou reprendre une entreprise et à exercer à ce titre une activité privée lucrative

- Le cumul temporaire d'activités des dirigeants de sociétés ou association à but non lucratif recrutés dans la fonction publique

- Le cas des agents à temps non complet : les agents occupant un emploi permanent à temps non complet ou incomplet pour laquelle la durée du travail est inférieure ou égale à 70% (pour les non médicaux) et de 90% pour les médecins de la durée légale ou réglementaire du travail, peuvent exercer à titre professionnel une activité privée lucrative dans les conditions compatibles avec leurs obligations de service et sous réserve que cette activité ne porte pas atteinte au fonctionnement normal, à l'indépendance ou à la neutralité du service public sur simple déclaration.

H.2.3. L'INTERDICTION DE BÉNÉFICIER D'AVANTAGES EN NATURE OU EN ESPÈCES

Il est interdit aux personnels de l'hôpital de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, provenant d'entreprises qui assurent des prestations, produisent ou commercialisent des produits pris en charge par les régimes obligatoires de Sécurité Sociale.

Cette interdiction générale ne concerne pas les activités de recherche ni d'évaluation scientifique dès lors que ces avantages matériels prévus par convention restent accessoires par rapport à l'objet scientifique et professionnel et qu'ils ne sont pas étendus à des personnes autres que les professionnels directement concernés. Les agents ne peuvent accepter des patients ou de leurs familles aucune rémunération liée à l'exécution de leur service. Les entreprises produisant ou commercialisant des produits de santé à finalité sanitaire ou cosmétique doivent rendre publics les avantages accordés aux différents acteurs intervenant dans le champ de la santé, notamment aux professionnels de santé, ainsi que l'existence des conventions conclues avec ces acteurs et les rémunérations versées.

H.2.4. L'OBLIGATION DES AGENTS CONCOURANT AUX ACHATS PUBLICS

Chaque agent participant directement ou indirectement aux processus de la fonction achat approvisionnement au sein du CHUGA (y compris l'utilisateur), respecte les exigences d'indépendance, d'objectivité, de neutralité et d'impartialité ainsi que d'efficacité dans l'organisation de la fonction et dans les relations avec les fournisseurs. Ces exigences sont précisées dans la Charte de déontologie de la commande publique (en annexe).

FICHE H.3. LES REGLES DE COMPORTEMENT AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

H.3.1. L'EXECUTION DES INSTRUCTIONS REÇUES

Tout agent quel que soit son grade ou sa fonction, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Chacun est tenu de se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchiques et ne peut s'y soustraire que dans le cas où l'ordre est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public.

Pour assurer la continuité du service, il peut être demandé à un agent d'exécuter le travail imparti à un collègue momentanément empêché. L'exécution de cet ordre de ne peut être refusée.

Toutefois, l'application de cette règle ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions codifiées par les lois et réglementations en vigueur.

H.3.2. L'ASSIDUITE – LA PONCTUALITE ET LES HORAIRES DE TRAVAIL

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 respecte ses horaires de travail établis en application des dispositions fixées au niveau national et communiqués par la transmission et l'affichage du planning par le cadre du service. Conformément au guide de la Gestion du Temps de Travail : « Dans la mesure du possible, et sauf contrainte impérative du fonctionnement du service ou impossibilité matérielle, toute modification du planning donne lieu à une rectification du tableau et à une information immédiate des agents concernés 48H avant son entrée en vigueur. »

H.3.3. L'INFORMATION DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE

Tout agent avise son supérieur hiérarchique, dans les meilleurs 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. Il doit aussi informer son supérieur hiérarchique des contraventions dont il aurait été l'objet lors de la conduite du véhicule de l'administration.

H.3.4. L'OBLIGATION DE SIGNALEMENT DES INCIDENTS OU RISQUES

Tout agent qui a constaté ou suspecté la survenue d'un effet indésirable grave ou inattendu, d'un incident ou d'un risque d'incident lié à l'utilisation d'un médicament, d'un produit sanguin labile ou d'un dispositif médical est tenu d'en alerter immédiatement le correspondant institutionnel assurant la vigilance sanitaire pour la catégorie de produits concernée

Tout agent qui a connaissance d'un événement indésirable concernant tout secteur de la vie hospitalière est tenu de le signaler dans le logiciel dédié. Il adresse son signalement, selon les procédures définies et en l'absence de toute autre procédure de signalement spécifique à l'événement déclaré, à la Direction de la Qualité.

H.3.5. LE TEMOIGNAGE EN JUSTICE OU AUPRES DE LA POLICE

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

H.3.6. LE BON USAGE DES BIENS DE L'HOPITAL

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'hôpital. L'hôpital est amené à exiger un remboursement en cas de dégradation volontaire ou d'incurie caractérisée.

H.3.7. LA BONNE UTILISATION DU SYSTEME D'INFORMATION

Chaque agent, dans ses propres situations de travail, doit se conformer aux bonnes pratiques d'utilisation du système par lequel l'institution met à sa disposition les technologies de l'information et de la communication. Il doit appliquer la politique de sécurité du système d'information du CHUGA intégrant les dispositions légales en la matière.

Tous les utilisateurs personnels du CHUGA ou liés par un contrat ou une convention au CHUGA doivent respecter la Charte d'accès et d'utilisation du Système d'Information.

Cette charte est conforme aux informations et validations par les instances. Elle est opposable et annexée au présent règlement Intérieur. De plus, tous les utilisateurs doivent respecter les Conditions générales d'utilisation (CGU) spécifiques à certains services proposés par le CHUGA et nécessitant une acceptation expresse individuelle, notamment la messagerie sécurisée de santé et les portails d'accès spécifiques. Dans le respect des lois et notamment après information préalable, l'administration exerce la surveillance du système d'information et de l'utilisation qui en est faite par ses agents.

H.3.8. L'OBLIGATION DE DEPOSER LES BIENS CONFIES PAR LES PATIENTS OU TROUVES DANS L'HOPITAL

Aucun agent hospitalier ne doit conserver par-devers lui des objets, documents ou valeurs qui lui seraient confiés exceptionnellement par des patients. 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, document ou valeur découvert ou trouvé 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.3.9. LE RESPECT DES REGLES D'HYGIENE ET DE SECURITE

La Formation spécialisée en Santé, sécurité et conditions de travail (F3SCT), issue du Comité social d'établissement (CSE) a notamment pour mission de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des personnels de l'établissement, y compris les personnels temporaires, ceux des entreprises extérieures ainsi qu'à l'amélioration de leurs conditions de travail. Il a également pour mission de veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises dans ce domaine.

Les personnels de l'hôpital doivent observer strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service. Ils doivent notamment à cet effet porter en présence des patients les tenues fournies par l'établissement.

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 qui sont organisées sur les lieux de travail en fonction de leur emploi (visite médicale périodique, examens spéciaux pour les professionnels affectés dans des secteurs à risque particulier, mesures spécifiques à certains postes de travail telles que test d'alcoolémie pour les conducteurs de véhicules). 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 préalablement la Direction.

H.3.10. L'INTERDICTION DE FUMER ET DE VAPOTER

Il est interdit de fumer dans tous les lieux du CHU Grenoble Alpes fermés et couverts, qu'il s'agisse des locaux dédiés à l'accueil et aux soins des patients ou aux activités techniques et administratives.

Les mêmes restrictions s'appliquent à l'usage de la cigarette électronique.

Une signalisation apparente rappelle, dans les locaux fermés et couverts fréquentés par les patients, leurs accompagnants ou leurs proches, et par les personnels, le principe de l'interdiction de fumer.

Tout contrevenant s'expose à des sanctions disciplinaires et pénales (contravention) en cas de manquement à cette interdiction.

H.3.11. L'ALCOOL, LES STUPEFIANTS ET LES CONDUITES ADDICTIVES

Il est interdit aux personnels et aux usagers d'introduire, de distribuer, de consommer toute boisson alcoolisée de quelque nature que ce soit sur l'ensemble des établissements, à l'exception lors d'événements institutionnels ou de manifestations festives ponctuelles validés par la Direction.

Cette mesure vise à protéger la santé et la sécurité des agents et à garantir la qualité et la sécurité des soins délivrés aux patients ainsi que la continuité et le bon fonctionnement de l'ensemble des services du CHU.

L'accès de l'établissement est interdit à tout professionnel en état d'ivresse. L'état d'ébriété constitue un manquement aux obligations des agents.

De même, l'introduction et l'usage de substances chimiques ou biologiques ou de plantes interdites et classées comme stupéfiants par la réglementation, sont interdits. Toute découverte de tels produits donnera lieu à confiscation.

Toute personne en possession de telles substances est passible des sanctions prévues par la loi.

En cas de constatation chez un personnel de troubles manifestes du comportement évocateurs de la prise d'alcool ou d'autres toxiques, celui-ci est immédiatement écarté de son poste de travail. Il convient d'en référer à l'administration et au service de santé au travail. L'encadrement rédigera un rapport circonstancié qui décrira les comportements constatés.

H.3.12. TELEPHONES PORTABLES

L'usage du téléphone portable à des fins non professionnelles est prohibé sur le lieu de travail. Cependant, un usage personnel limité avec tact et mesure est toléré. La violation répétée de cette disposition pourra donner lieu à des sanctions disciplinaires.

FICHE H.4 DROITS DES PERSONNELS

H.4.1. LIBERTE D'OPINION – PRINCIPE DE NON-DISCRIMINATION

La liberté d'opinion est garantie aux professionnels du CHU.

Aucune différenciation, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les personnels du CHU, en raison de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, ainsi que pour leur origine, orientation sexuelle ou identité de genre, âge, patronyme, de leur situation de famille ou de grossesse, de leur état de santé, apparence physique, handicap ou appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée à une ethnie ou groupe dans l'espèce humaine. Celles-ci ne doivent faire l'objet d'aucune mention au dossier de l'agent et ne doivent avoir aucune influence sur sa carrière.

Aucune distinction ne peut être faite entre les agents publics en raison de leur sexe.

Toutefois des distinctions peuvent être faites afin de tenir compte de possibles inaptitudes physiques à l'exercice de certaines fonctions. A titre exceptionnel, des recrutements distincts peuvent avoir lieu si l'appartenance à un sexe constitue une condition déterminante de l'exercice des fonctions.

La carrière d'un agent de la Fonction Publique Hospitalière qui serait candidat ou élu à un mandat électif, ne saurait être affectée par les votes ou opinions émis au cours de sa campagne électorale ou durant l'exercice de son mandat.

De même, la carrière des agents siégeant, à un autre titre que celui de représentants d'une collectivité publique, au sein d'une institution prévue par la loi ou d'un organisme placé auprès des pouvoirs publics, ne saurait être influencée par les positions que ces agents y ont prises.

H.4.2. PROTECTION CONTRE LE HARCELEMENT

- Harcèlement moral

Aucun agent du CHU ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel.

- Harcèlement sexuel

Aucun agent public ne doit subir les faits :

- De harcèlement sexuel, constitué par des propos ou comportements à connotation sexuelle répétés qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante ;

- Ou assimilés au harcèlement sexuel, consistant en toute forme de pression grave, même non répétée, exercée dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers.

Tout agent victime peut saisir les référents Egalité, lutte contre les violences sexistes et sexuelles et contre les discriminations.

Tout agent ayant participé à des agissements de ce type est passible d'une sanction disciplinaire.

H.4.3. REFERENT EGALITE

Le référent égalité est chargé des missions suivantes :

L'information des agents à la politique d'égalité professionnelle menée par l'établissement en matière de lutte contre les discriminations liées notamment au sexe ou à la grossesse de prévention et de lutte contre les violences, le harcèlement sexuel ou moral et les agissements sexistes dans la fonction publique.

La réalisation d'actions de sensibilisation des agents à l'égalité professionnelle

Le conseil des agents et des services s'agissant des sujets liés à l'égalité professionnelle.

La participation au diagnostic de l'état de la politique d'égalité professionnelle et au suivi de la mise en œuvre des actions menées par l'établissement

H.4.4. LIBERTE D'EXPRESSION, INTERNET ET USAGE DES RESEAUX SOCIAUX ET MEDIAS

La liberté d'expression des professionnels du CHU leur est garantie, dans la mesure où ils s'obligent à une stricte neutralité, d'une part, et à un devoir de réserve, d'autre part.

L'utilisation des réseaux doit être faite avec prudence, dans le strict respect du secret professionnel, de la discrétion professionnelle, du devoir de réserve et de la vie privée. Les réseaux sociaux ne peuvent être utilisés pour discriminer ou tenir des propos diffamatoires à l'encontre du CHU, d'un autre agent, d'un patient, usager ou famille.

Toute personne employée par le CHU ne peut prendre la parole au nom de l'établissement ou de ses collègues sans leur accord. Elle ne peut divulguer des informations médicales ou relatives à l'intimité du patient ; poster des photos de collègues ou patients sans leur accord.

L'usage des réseaux sociaux ne peut porter atteinte au droit à l'image d'une personne.

La Direction peut être amenée à envisager des sanctions à l'égard de toute personne qui outrepasserait ses droits.

H.4.5. DROIT DE GREVE

L'exercice du droit de grève est autorisé ; cependant celui-ci doit s'exercer dans le cadre légal et réglementaire et selon des modalités pratiques permettant d'assurer dans tous les cas, la sécurité des biens et des personnes. Ainsi, au nom du principe de continuité du service public, le CHU peut instaurer un système de service minimum en cas de grève.

Le service minimum retenu doit se faire conformément au cadre réglementaire et législatif en vigueur.

En application de la réglementation en vigueur, des retenues sont en outre effectuées sur le traitement des agents ayant été absents en raison de leur participation à la grève.

Les agents qui se déclarent grévistes et qui assurent la continuité du service sont rémunérés, bien qu'ils soient enregistrés comme grévistes.

H.4.6. DROIT DE RETRAIT

Le droit de retrait permet à un professionnel du CHU, de se retirer de toute situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé ainsi que de toute défectuosité qu'il constate dans les systèmes de protection. Il doit en alerter immédiatement l'employeur. Par danger imminent, la loi considère les situations dans lesquelles le risque est susceptible de survenir de façon brusque ou dans des délais rapprochés. La notion de danger doit être entendue, par référence à la jurisprudence, comme étant une menace directe pour la vie ou la santé des agents, c'est-à-dire une situation de fait, à même de provoquer un dommage ou de porter atteinte à l'intégrité physique des personnes.

H.4.7. DROIT SYNDICAL

Le droit syndical est reconnu à tout agent du CHU qui décide d'adhérer à l'organisation syndicale de son choix. Les syndicats ont un rôle de défense des intérêts individuels et collectifs des personnels.

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.

Conformément à la réglementation en vigueur, des locaux spécifiques pour l'exercice de leurs activités sont attribués par le Directeur Général du CHU aux organisations syndicales représentatives au niveau national.

De même, des emplacements spéciaux leur sont réservés pour l'affichage des informations à caractère syndical. L'affichage est interdit en dehors de ces emplacements dédiés. Un exemplaire des documents publiés est transmis au Directeur Général du CHU concomitamment à leur affichage.

Les publications à caractère syndical peuvent être librement distribuées dans l'enceinte du CHU, mais en dehors des locaux publics, et sans apporter de gêne. La distribution doit être assurée par des agents qui ne sont pas en service ou qui bénéficient d'une autorisation spéciale d'absence ou d'un crédit de temps syndical. Les publications doivent être communiquées au Directeur Général du CHU pour information.

Les cotisations syndicales peuvent être collectées dans l'enceinte du CHU, mais en dehors des locaux ouverts au public, et ce, par des représentants syndicaux qui ne sont pas en service ou qui bénéficient d'une décharge d'activité de service. La collecte ne doit en aucune manière, porter atteinte au fonctionnement des services.

Les organisations syndicales peuvent être autorisées à tenir des réunions d'information à l'intérieur du CHU après demande auprès de la DRH. Ces réunions ne peuvent s'adresser qu'aux personnels hospitaliers qui ne sont pas en service ou qui bénéficient d'une autorisation spéciale d'absence.

Tout agent peut, durant ses heures de service, participer à une réunion mensuelle d'information syndicale.

La demande d'absence de l'agent doit être déposée auprès de sa hiérarchie, dans les trois jours précédant la date de la réunion ; la demande est acceptée sous réserve des nécessités de service.

Une même organisation syndicale peut regrouper ses heures mensuelles d'information dans la limite de 4 heures par quadrimestre. Leur tenue ne peut aboutir à ce que les autorisations spéciales d'absence accordées aux agents désirant y assister n'excèdent douze heures par année conformément au protocole d'accord sur les droits syndicaux (dernière version mai 2024)

Par ailleurs, durant la période de 6 semaines précédant le jour du scrutin organisé pour le renouvellement des instances, les agents peuvent assister à une réunion d'information spéciale d'une durée maximale d'une heure.

A l'exception des réunions se tenant dans les locaux syndicaux, l'organisation des réunions suscitées doit être demandée au moins une semaine à l'avance.

Des autorisations spéciales d'absence sont, sous réserve des nécessités de service, accordées aux représentants mandatés des syndicats.

D'autres autorisations spéciales d'absence sont également accordées aux représentants syndicaux mandatés afin de participer aux congrès ou réunions statutaires des organismes directeurs de leur syndicat ; ces dernières autorisations d'absence sont accordées dans la limite d'un contingent global déterminé pour l'année.

Des autorisations spéciales d'absence peuvent être accordées aux agents disposant d'un mandat électif dans les conditions prévues par les textes en vigueur.

Un crédit de temps syndical est attribué globalement aux organisations syndicales et réparti pour chaque organisation syndicale en fonction des résultats aux dernières élections au Comité social d'établissement (CSE). Il est utilisable, au choix de l'organisation syndicale, sous forme de décharges d'activité de service ou sous forme de crédits d'heure. Ce crédit d'heures est renouvelable chaque année, jusqu'aux prochaines élections au CSE.

H.4.8. DROIT A LA FORMATION PROFESSIONNELLE TOUT AU LONG DE LA VIE

Ce droit comprend l'accès à des formations d'adaptation, de recyclage, de perfectionnement, de reconversion et de promotion.

Il comporte également un droit individuel à la formation constitué par chaque agent en fonction de son temps de travail et la possibilité de bénéficier de périodes de professionnalisation en vue de l'accès à de nouvelles fonctions relevant de son corps ou d'un autre corps.

Ce droit comporte aussi l'accès à des formations personnelles et à des bilans de compétence.

H.4.9. ACCES AU DOSSIER PERSONNEL DES AGENTS

Tout agent du CHU a accès à son dossier administratif personnel. L'agent doit prendre rendez-vous par téléphone à la Direction des Ressources Humaines, pour venir consulter son dossier individuel en présence d'un professionnel qui sera à même de répondre à ces éventuelles questions. Cette demande n'a pas à être motivée, et peut être exercée à tout moment, et de manière répétée. (Sous réserve de demandes abusives.

H.4.10. TELETRAVAIL

Le télétravail désigne « toute forme d'organisation du travail dans laquelle les fonctions qui auraient pu être exercées par un agent dans les locaux où il est affecté, sont réalisées hors de ces locaux en utilisant les technologies de l'information et de la communication » ¹.

Il s'agit de fait d'une forme d'organisation du travail utilisant les technologies de l'information et de la communication, convenue entre un agent et son encadrement, permettant au professionnel de travailler de façon ponctuelle depuis sa résidence.

¹ Décret '1 ° 2016-151 du 11 février 2016 relatif aux conditions et modalités de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique et la magistrature

Les tâches effectuées en dehors de l'établissement doivent être compatibles avec le télétravail. Il revient à l'agent et à son encadrement de définir les tâches pouvant être réalisées en télétravail.

Les conditions et modalités de mise en œuvre sont définies par la réglementation relative au télétravail dans la fonction publique ainsi que par les organisations définies par les accords locaux.

Droit à la déconnexion

Le droit à la déconnexion s'entend comme le droit pour tout agent public de ne pas être connecté à un outil numérique professionnel en dehors de son temps de travail.

Ce droit, qui s'inscrit dans une démarche d'amélioration des conditions de travail et d'une meilleure conciliation entre la vie professionnelle et la vie personnelle, a pour objectif le respect des temps de repos et de congé.

Ainsi, ce droit permet aux agents publics de ne pas répondre aux sollicitations professionnelles en dehors des horaires de travail sans risque d'être sanctionnés.

L'accès au numéro de téléphone personnel des agents n'est accessible par l'encadrement que dans le cadre d'un plan Situation Sanitaires Exceptionnelles. Dans ce cadre, les coordonnées personnelles des agents doivent être maintenues sous enveloppe scellée.

L'accès au numéro de téléphone personnel des agents peut également résulter d'une communication volontaire de leur part.

H.4.11. CONCILIATION

Un dispositif de conciliation est mis en œuvre au sein de l'établissement, il s'applique à tout différend entre professionnels :

- dans le cadre de leurs relations professionnelles
- dès lors qu'ils sont employés par le même établissement
- que ce différend porte une atteinte grave au fonctionnement normal du service.

Au sein du CHUGA, le groupe des conciliateurs /médiateurs peut être saisi via l'adresse suivante : conciliation@chu-grenoble.fr

H.4.12 RISQUES PSYCHO SOCIAUX (RPS)

La prise en charge des risques psycho-sociaux au CHUGA est réalisée de manière concertée entre le Service de santé au travail (médecins du travail, psychologues du travail, psychologue ergonomiste,

psychologue clinicienne) et la cellule d'écoute RPS (psychologues cliniciennes), rattachée à la Direction des ressources humaines. Ces différents acteurs ont un rôle d'écoute, d'analyse, de prévention ou/et d'alerte en fonction des situations. Ils interviennent de façon autonome ou en collaboration en fonction du contexte. Les accompagnements se réalisent sur demande des agents ou des services concernés, de la direction, des partenaires sociaux, sous la forme d'entretiens individuels anonymes et confidentiels, ou d'interventions collectives. La nature des interventions peut se réaliser sur des éléments de prévention primaire à secondaire, avec une analyse de l'activité de travail et de l'organisation, tout comme en prévention tertiaire avec la prise en charge des maux liés à des situations de travail.

PARTIE I - LA PROCEDURE D'ADOPTION ET DE MODIFICATION

FICHE I.1. LA PROCEDURE D'ADOPTION DU REGLEMENT INTERIEUR

Le règlement intérieur est arrêté par le Directeur général après concertation avec le Directoire. Il est soumis pour consultation à la Commission Médicale d'Etablissement et au Comité Social d'Etablissement. Il est présenté pour avis au Conseil de Surveillance et pour information à la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques.

Il prend effet, ainsi que les mises à jour qui lui seront apportées, à compter de la date d'arrêté par le Directeur général. Il est complété de tout document soumis au délibéré des instances et portant règlement intérieur particulier.

FICHE I.2. LA PROCEDURE DE MODIFICATION ET DE REVISION DU REGLEMENT INTERIEUR

Le présent règlement intérieur pourra être révisé annuellement.

Les modifications à apporter au règlement intérieur sont proposées par un Comité de Suivi qui se réunit une fois par an au minimum, pour examiner les projets de mise à jour des rubriques qui sont transmis par les Directions.

En outre, les dispositions du présent règlement intérieur sont susceptibles d'être actualisées en fonction des évolutions législatives et réglementaires.

FICHE I.3. OPPOSABILITE DU REGLEMENT INTERIEUR

Le présent règlement intérieur s'impose à l'ensemble des professionnels ou stagiaires intervenant au sein du CHU Grenoble Alpes, ainsi qu'aux usagers du service public.

Le non-respect ou la violation délibérée des dispositions de ce règlement intérieur pourra donner lieu à des poursuites (pénales, civiles, ordinales ou disciplinaires) à l'égard de son auteur.

Des protocoles et procédures, facilitant la mise en œuvre opérationnelle des dispositions du règlement intérieur, sont à la disposition des professionnels du CHU, dans la base Gestion Documentaire.

ANNEXES

Liste des annexes

ANNEXE 1: CONVENTION HOSPITALO UNIVERSITAIRE

ANNEXE 2 : REGLEMENT INTERIEUR DE LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT (CME)

ANNEXE 3: REGLEMENT INTERIEUR DU COMITE SOCIAL D'ETABLISSEMENT (CSE)

ANNEXE 4: REGLEMENT INTERIEUR DE LA COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS DE REEDUCATION ET MEDICO TECHNIQUES (CSIRMT)

ANNEXE 5: REGLEMENT INTERIEUR DE LA COMMISSION DES USAGERS (CDU)

ANNEXE 6 : CHARTE DE LA CONCILIATION

ANNEXE 7 : CHARTE DE L'ACTIVITE LIBERALE INTRA HOSPITALIERE

ANNEXE 8: CHARTE INFORMATIQUE

ANNEXE 9: REGLEMENT INTERIEUR DU FONCTIONNEMENT DES ASTREINTES MEDICALES

ANNEXE 10: PROTOCOLE HOPITAL POLICE JUSTICE (2015)

ANNEXE 11 : REGLEMENT DU PARC DE STATIONNEMENT

ANNEXE 12 : REGLEMENT INTERIEUR DE LA PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES