CYCLE DE VIE *(réservé Service Qualité)*

Rédacteur(s)	Relecteur (s)	Vérificateur(s) Qualité	Approbateur(s)
Nom Date	Nom Date	Nom Date	Nom Date
CHLUBA Nadine 18/06/2025	DEMANGE Veronique, FRAPPAT Delphine 18/06/2025	EL BERRAD Achraf 18/06/2025	COLOVRAY Sylviane 18/06/2025

Historique									
N° version	1	2							
Date	14/11/23	18/06/25							

OBJET

Ce document décrit l'organisation administrative et médicale du Centre Hospitalier d'Uriage (CH). Il permet de préciser les modalités de fonctionnement des différentes Instances et les règles applicables tant aux patients qu'aux personnels. Il est sous la responsabilité de la Direction de l'établissement.

SECTEURS ET PROFESSIONNELS CONCERNES

Tous les agents du CH

DEFINITION(S)

Règlement intérieur : il définit l'organisation de l'établissement de santé et précise les règles applicables tant aux patients qu'aux personnels. Son contenu trouve son fondement dans les lois et règlements régissant le droit hospitalier.

DOCUMENTS ASSOCIES

MANQGR-FT010 – Politique Qualité

REFERENCES

- Code de la Santé Publique
- Code de déontologie médicale
- Code civil
- Code de procédure pénale
- Code de déontologie et règles professionnelles régissant les différents métiers exercés dans l'établissement
- Charte du patient hospitalisé et Charte Romain Jacob.

SOMMAIRE

1 Avant-propos 5

2 La présentation du C.H. 5

2.1 Le type d'établissement 5

2.2 La capacité de l'établissement 6

2.3 Les missions et obligations 6

2.4 Le Groupement Hospitalier de Territoire Alpes Dauphiné 7

3 L'organisation générale de l'établissement 7

3.1 Les Organes décisionnels 7

3.1.1 Le Conseil de Surveillance 7

3.1.2 La Direction et son équipe 9

3.1.3 Le Directoire 9

3.1.4 Le régime de publicité des actes 11

3.2 Les organes consultatifs 11

3.2.1 La Commission Médicale d'Établissement (C.M.E.) 11

3.2.2 Le Comité Social d'Établissement (C.S.E) 13

3.2.3 Les Commissions Administratives Paritaires Départementales (C.A.P.D.) 15

3.2.4 La Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques (C.S.I.R.M.T) 17

3.2.5 La Commission des Usagers (C.D.U.) 17

3.2.6 Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (C.L.I.N.) 19

3.2.7 Le Comité de Lutte contre la Douleur (C.L.U.D) 20

3.2.8 Le Comité de Liaison de l'Alimentation et de la Nutrition (C.L.A.N.) 21

3.2.9 Le Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS) 21

3.3 Les Ressources Humaines 22

3.3.1 Les Nominations et attributions des personnels hospitaliers 22

3.3.2 Les attributions des personnels hospitaliers 25

3.4 L'organisation et permanence des soins 25

3.4.1 Le code de déontologie 25

3.4.2 L'organisation des prises en charge médicales et soignantes et leur mission 25

3.4.3 Le Projet Médical 27

3.4.4 Le service de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques 27

3.4.5 La coordination des soins 28

3.4.6 L'astreinte opérationnelle et l'astreinte de sécurité – Permanence des soins 28

3.4.7 Le Département d'Information Médicale 29

3.4.8 La Pharmacie à Usage Intérieur 29

3.5 Les dispositifs de vigilance, de qualité et gestion des risques 29

3.5.1 La Qualité et Gestion des risques liés aux soins 29

3.5.2 Le Comité de Pilotage de la Qualité (COPIL) 30

3.5.3 La Commission Qualité (C.O.Q.U.A), analyses approfondies et CREX 31

3.5.4 La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) 32

3.5.5 La Cellule d'Identitovigilance 32

3.5.6 Le correspondant local de Matériovigilance 33

3.5.7 Le correspondant local de Pharmacovigilance 33

3.5.8 Le correspondant local d'Infectiovigilance 33

3.6 Les systèmes d'information et communication 34

3.6.1 Les systèmes d'information 34

3.6.2 La communication 35

4 Les dispositions relatives aux Usagers 36

4.1 Les admissions 36

4.1.1 Les demandes et modalités d'admission 36

4.1.2 Les dispositions particulières à certains usagers 37

4.1.3 Les accès au C.H. d'Uriage et l'accueil du patient 37

4.1.4 L'identification du patient 39

Document approuvé

4.1.5 Le livret d'accueil ... 39
4.2 Le séjour ... 40
4.2.1 Les soins ... 40
4.2.2 Les effets personnels, bijoux, sommes d'argent, objets de valeurs ... 41
4.2.3 La chambre individuelle et la chambre double ... 41
4.2.4 Les tarifs des prestations – le forfait journalier et leurs paiements ... 41
4.2.5 Les services mis à disposition des patients ... 41
4.2.6 Le droit à l'image ... 42
4.2.7 L'information du patient, de la famille et du médecin traitant ... 43
4.2.8 Le dossier du patient ... 44
4.2.9 Le secret de l'hospitalisation ... 45
4.2.10 La personne de confiance ... 45
4.2.11 Les directives anticipées ... 46
4.2.12 Les plaintes, réclamations et voies de recours ... 46
4.2.13 La PCRU, Médiateurs et Représentants des Usagers ... 47
4.3 La Sortie ... 48
4.3.1 Les conditions de sortie ... 48
4.3.2 Les conditions de permission ... 48
4.3.3 La visite médicale ... 48
4.3.4 Les modalités particulières de sortie ... 49
4.3.5 Les questionnaires de satisfaction en hospitalisation complète ou hospitalisation à temps partiel ... 50
4.4 Le Décès ... 50
4.4.1 Les dispositions relatives à la fin de vie et au décès ... 50
4.4.2 Les formalités accompagnant le décès d'une personne hospitalisée ... 51
4.4.3 Les opérations funéraires et transports de corps ... 52
5 Règles de vie hospitalière et dispositions relatives au fonctionnement de l'établissement – Usagers ... 53
5.1 Règles de vie hospitalière ... 53
5.1.1 Les horaires quotidiens en séjour hospitalier ... 53
5.1.2 Le respect de la personne et son intimité ... 53
5.1.3 Les prestations de services mises à disposition des patients pendant leur séjour ... 54
5.1.4 Le bon usage des effets et biens personnels ... 54
5.1.5 La tenue ... 54
5.1.6 La laïcité – Respect et neutralité du service public ... 55
5.1.7 Le respect des règles d'hygiène et de sécurité ... 55
5.1.8 Les animaux domestiques ... 55
5.1.9 L'interdiction de fumer ou de vapoter – Hôpital sans tabac ... 55
5.1.10 Le bon usage des biens et des locaux de l'hôpital ... 55
5.1.11 La charte de comportement de l'usager ... 55
5.1.12 La circulation, stationnement des véhicules et application du code de la route ... 56
5.1.13 Les visites et les extérieurs de l'établissement ... 56
5.1.14 Les associations de bénévoles ... 56
5.1.15 Les interdictions d'accès aux démarcheurs, photographes, enquêteurs ... 57
5.2 La continuité de fonctionnement ... 57
5.2.1 Les astreintes administratives ... 57
5.2.2 Les astreintes médicales ... 57
5.3 Les règles de sécurité ... 57
5.3.1 La nature des règles de sécurité générale ... 57
5.3.2 Les dispositifs de sécurité générale ... 58
5.3.3 Les règles de responsabilité ... 58
5.3.4 Le plan Vigipirate ... 58
5.3.5 La sécurité incendie ... 58
5.3.6 Les rapports avec l'autorité judiciaire, les autorités de police et de gendarmerie ... 59
6 Règles de vie hospitalière et Dispositions relatives au personnel de l'établissement ... 59
6.1 Les principes fondamentaux de l'activité professionnelle ... 59
6.1.1 Les accès au lieu de travail ... 59
6.1.2 Le temps de travail – sorties pendant les horaires de travail ... 59
6.1.3 L'obligation de signalement des risques et évènements indésirables ... 60
6.1.4 Le respect des règles de déontologie ... 60

Document approuvé

6.1.5 L'identification du personnel, l'exigence d'une tenue et une comportement corrects, les communications téléphoniques personnelles ... 60
6.1.6 Les moyens d'accès ... 60
6.1.7 Le travail en équipe, respect mutuel et information du supérieur hiérarchique ... 60
6.1.8 Le Service de Santé au Travail ... 61
6.1.9 Le bon usage des biens du CH d'Uriage, des biens confiés, trouvés ... 61
6.2 Les obligations des professionnels ... 61
6.2.1 Le respect des droits du patient et de son confort ... 61
6.2.2 Le secret, la discrétion dans l'exercice professionnel et la déontologie ... 61
6.2.3 Les étudiants en santé, stagiaires ... 62
6.2.4 L'obligation d'effectuer les tâches confiées (devoir d'obéissance) ... 62
6.2.5 L'obligation d'information au public ... 62
6.2.6 L'obligation de désintéressement – obligation de déclaration d'intérêts ... 62
6.2.7 La limitation de l'exercice d'une activité privée lucrative ... 63
6.2.8 L'interdiction de bénéficier de prestations en nature et en espèce ... 63
6.2.9 Le principe de neutralité/liberté de conscience et d'opinion ... 63
6.2.10 L'interdiction de harcèlement moral ou sexuel envers les patients ou envers les personnels ... 63
6.2.11 Le respect des d'hygiène et de sécurité ... 64
6.2.12 Les sanctions disciplinaires ... 64
6.3 Les droits du personnel du C.H. d'Uriage ... 65
6.3.1 Le respect de la liberté de conscience et d'opinion politique, synidicale, philosophique ou religieuse 65
6.3.2 Le droit syndical ... 65
6.3.3 Le droit de grève ... 65
6.3.4 Le droit à la protection ... 65
6.3.5 Le droit d'accès à son dossier individuel ... 65
6.3.6 Le droit de retrait ... 65
6.3.7 Le droit à la formation ... 66
6.3.8 Le droit à l'Évaluation Professionnelle ... 66
6.3.9 Le droit à la rémunération ... 66
6.3.10 Le droit aux congés ... 66
6.3.11 Le repas ... 66
7 Dispositions relatives au Règlement Intérieur ... 67
7.1 Adoption du Règlement Intérieur ... 67
7.2 Mise à disposition du Règlement Intérieur ... 67
7.3 Mise à jour du Règlement Intérieur ... 67
8. Annexes ... 67
8.1. Charte du patient hospitalisé ... 67
8.2. Charte de la laïcité ... 67
8.3. Politique Qualité ... 67
8.4. Politique Qualité de vie au travail ... 67
8.5. Charte de bientraitance du patient ... 67
8.6. Charte Romain Jacob ... 67

Document approuvé

1 Avant-propos

Le règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Uriage a été arrêté par la Direction, en application des dispositions légales et règlementaires en vigueur qui régissent le droit hospitalier notamment dans le Code de la Santé Publique, le Code Civil, le Code Général des Collectivités Territoriales, le Code de la Sécurité Sociale, le Code Pénal et le Code du Travail, et ce après :

- Approbation du Directoire,
- Avis du Conseil de Surveillance,
- Consultation de la Commission Médicale d'Établissement,
- Consultation du Comité Social d'Établissement,
- Information de la Commission des Soins infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques,
- Information de la Commission des Usagers.

Y sont définies les règles de fonctionnement spécifiques à l'établissement concernant l'organisation administrative et médicale, les dispositions relatives aux personnels médicaux et non médicaux et aux usagers.

1.1 Le règlement intérieur rappelle ainsi :

- L'organisation institutionnelle ;
- Les droits et devoirs des patients et usagers ;
- Les droits et obligations des personnels, les conditions réglementaires de travail et les dispositions concernant les règles de conduite dans l'établissement ;
- Les règles internes relatives à la sécurité, la gestion des risques, la communication.

Le C.H. étant inscrit dans le processus de certification de la Haute Autorité de Santé et étant engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, un dispositif complet de vigilances, de gestion de la qualité et des risques est également décrit et mis en place.
Ce règlement est tenu à la disposition des patients, de leurs proches, des personnels et de toute personne qui en formulent la demande auprès de la Direction. Il est accessible par la Gestion Électronique des Documents ou sur le site internet. Il est réactualisé dès que des évolutions réglementaires et/ou institutionnelles le nécessitent.

2 La présentation du C.H.

2.1 Le type d'établissement

Le Centre Hospitalier d'Uriage est un établissement public de santé régi par les dispositions des articles L. 6141-1 et suivants du Code de la Santé Publique. Il a été créé par arrêté préfectoral n° 77/6137 du 4 juillet 1977 et est inscrit au FINESS sous le numéro 380780023.
Il est représenté par son Directeur.
Son siège se situe au 1750 Route d'Uriage, CS 70018, 38410 SAINT-MARTIN-D'URIAGE.
Téléphone : 04 76 76 48 00
Fax administratif : 04 76 89 21 18

Il est doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière.
Il fait partie du Groupement Hospitalier de Territoire Alpes Dauphiné, établi autour d'un Projet Médical Partagé (PMP) pour faciliter l'accès des patients au système de soins et mutualiser certaines fonctions en vue d'une meilleure efficience territoriale.
Huit établissements y sont regroupés et l'établissement support est le Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble Alpes (C.H.U.G.A.), dont le siège est inscrit à :
BP 217 - 38043 GRENOBLE CEDEX 09.

Document approuvé

L'établissement est dénommé « C.H. », « l'établissement », « l'hôpital » ou « Centre Hospitalier d'Uriage » dans le présent règlement.

2.2 La capacité de l'établissement

Le Centre Hospitalier d'Uriage comprend trois unités d'hospitalisation de 30 lits chacun répartis comme suit :

- Médecine (MCO) : 30 lits hospitalisation complète
- Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) : 57 lits hospitalisation complète
- Hospitalisation à Temps Partiel (SMR) : 3 lits

Ces lits ont été classés par délibération du Conseil d'Administration du 25 juin 1994, approuvée le 29 avril 1992, modifiée par l'arrêté préfectoral régional n° 941030 du 24 octobre 1994.
Chaque unité comprend 10 chambres doubles et 10 chambres individuelles avec 10 lits de MCO et 20 lits de SMR.

Il offre également une prise en charge en HTP (Hospitalisation à Temps Partiel) organisée autour d'une offre de soins suivant les besoins du patient (balnéothérapie, kinésithérapie, ergothérapie, activités physiques adaptées…).

2.3 Les missions et obligations

Le C.H. a pour missions de :

- Prendre en charge en hospitalisation complète en médecine, toutes les pathologies rhumatologiques aiguës et neuro-rachidiennes à des fins de diagnostic et de traitement lorsque la prise en charge au domicile est impossible ;
- Prendre en charge en hospitalisation en soins médicaux et de réadaptation (hospitalisation complète ou partielle) de patients relevant de la rhumatologie, de l'orthopédie, d'affections du rachis soit en postopératoire, soit en rééducation médicale à l'exception de la traumatologie ;
- Développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à la prise en charge globale du patient afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficience ;
- Procéder à l'analyse de son activité.

Il assure une prise en charge ambulatoire en milieu hospitalier pour des patients qui ont déjà été hospitalisés et dont l'autonomie est devenue suffisante pour pouvoir rester à domicile.

Il assure des consultations externes :

- Dans le cadre de la prise en charge de la douleur rhumatologique chronique évoluant depuis plus de 3 à 6 mois, pour des patients en échec de traitement et relevant de soins spécifiques ;
- Ou dans le cadre d'une consultation de ville ou pour préparer une hospitalisation ou pour assurer un suivi médical après une hospitalisation ou une intervention. Ces consultations externes ont également un secteur de gestes radioguidés.

Il participe à la coordination des soins avec les membres des professions de santé exerçant en ville, les établissements de santé et services médico-sociaux et les structures privées, le cas échéant.

Le C.H. respecte les principes fondamentaux de l'égal accès de tous aux soins, de la continuité du service et de l'adaptation continue de ses moyens aux exigences de qualité de l'accueil et de sécurité des soins.
Les professionnels dispensent les soins dans le respect des règles déontologiques et professionnelles qui leur sont applicables, notamment en ce qui concerne l'accueil, le secret professionnel et l'information des patients et de leurs proches.
Le respect de la dignité et de la personnalité du patient, la prise en compte de sa douleur, physique et psychologique, notamment en situation de fin de vie, sont des obligations essentielles de l'ensemble des personnels de l'établissement.

Document approuvé

La Politique Qualité et les Chartes du patient hospitalisé, de la laïcité, de bientraitance du patient et la Charte Romain Jacob sont affichées dans les locaux du C.H. de telle sorte qu'elles soient aisément connues des patients, de leurs proches et des professionnels.

2.4 Le Groupement Hospitalier de Territoire Alpes Dauphiné

Le C.H. fait partie des 8 établissements de santé qui composent le GHT Alpes-Dauphiné (le C.H.U.G.A. ayant fusionné avec le C.H. Voiron en 2019).

Leur objectif commun est de :

- Mettre en œuvre une stratégie de prise en charge partagée et graduée des patients, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité ;
- Garantir une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours dans le cadre du projet médical partagé ;
- Travailler sur la mise en place des fonctions mutualisées prévues par les textes.

Cette organisation spécifique est mise en place en s'appuyant sur :

- Un projet médical partagé et un projet de soins partagé, afin de faciliter l'organisation en commun des activités médicotechniques ;
- La mise en place d'un pilotage coordonné des filières de soins relevant du projet médical de territoire ;
- Une convergence des systèmes d'information, notamment par la mise en place d'un dossier patient permettant la prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement ;
- L'organisation commune de la fonction Achats concernant l'ensemble des processus et des segments d'achat ;
- Une Conférence Territoriale de dialogue social ;
- Un Comité Territorial des élus locaux pour évaluer et contrôler les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement ;
- Une Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques de groupement ;
- Une Commission Des Usagers dont les avis émis sont transmis aux membres du Comité Stratégique et à chacune des commissions des usagers des établissements parties au groupement hospitalier de territoire ;
- Une Instance médicale commune, la Commission Médicale de Groupement (C.M.G.) mise en place le 1er janvier 2022, chargée de participer au diagnostic de l'offre de soins du groupement, à l'identification des filières de prise en charge des patients et à l'organisation de la gradation des soins au sein des sites du groupement. Il donne un avis sur le projet médical partagé du groupement.

3 L'organisation générale de l'établissement

3.1 Les organes décisionnels

3.1.1 Le Conseil de Surveillance

3.1.1.1 Composition

Elle est définie par un arrêté émanant de l'Agence Régionale de Santé ainsi qu'il suit :

- 15 membres avec voix délibérative :
  - 1 représentant de la commune de Saint Martin d'Uriage,
  - 1 représentant de la principale commune d'origine des patients, autre que celle du siège de l'établissement principal,
  - 1 représentant de l'établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre Grenoble Alpes Métropole,

Document approuvé

- 1 représentant de l'établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre Pays du Grésivaudan,
- 1 représentant du Président du Conseil Départemental de l'Isère,
- 2 représentants de la Commission Médicale d'Établissement,
- 1 représentant de la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques,
- 2 représentants désignés par la ou les organisations syndicales,
- 2 personnalités qualifiées désignées par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (A.R.S.),
- 1 personnalité qualifiée désignée par le Préfet de l'Isère,
- 2 représentants des usagers désignés par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

Peuvent demander à participer aux réunions du Conseil de Surveillance, avec voix consultative, **les parlementaires** élus dans la circonscription où est situé le siège de l'établissement public de santé.

- 5 membres avec voix consultative :
  - Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes ou son représentant,
  - Le Vice-Président du Directoire du C.H. d'Uriage,
  - Le Directeur de la Caisse d'Assurance Maladie désigné en application du premier alinéa de l'article L.174-2 du code de la Sécurité Sociale, ou son représentant,
  - 1 représentant des familles de personnes accueillies pour les établissements délivrant des soins de longue durée ou gérant un EHPAD,
  - 1 représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique au sein du C.H.

3.1.1.2 Fonctionnement

Le Conseil de Surveillance élit en son sein son Président et son Vice-Président. Il se réunit au moins quatre fois par an.
Il peut se réunir en séance extraordinaire :

- Sur convocation du Président,
- À la demande du Préfet du département,
- À la demande de la moitié des membres.

Le secrétariat du Conseil de Surveillance est assuré à la diligence du Directeur.
Les séances du Conseil de Surveillance ne sont pas publiques. Les débats et les délibérations revêtent un caractère confidentiel.

3.1.1.3 Compétences (article L.6143-1)

Le Conseil de Surveillance se prononce sur la stratégie du C.H. et exerce un contrôle permanent de la gestion.
Il délibère sur :

- Le projet d'établissement et annuellement, les modalités de sa mise en œuvre présentées par le Directeur et le Président de la CME
- Les conventions de partenariats,
- Le compte financier et l'affectation des résultats,
- Tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé,
- Le rapport annuel d'activité de l'établissement présenté par le Directeur,
- Toute convention intervenant entre l'établissement et l'un des membres de son Directoire ou de son Conseil de Surveillance,
- Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement,
- Le plan pluriannuel d'investissement.

Document approuvé

Il donne son avis sur :

- La politique d'amélioration continue de la qualité, sécurité des soins, gestion des risques, 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 18 ans, les baux emphytéotiques,
- La participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire,
- Le règlement intérieur de l'établissement,
- L'état prévisionnel de recettes et de dépenses, le plan global de financement pluriannuel et le programme d'investissement,
- La charte de gouvernance.

Il se voit présenter annuellement :

- Les observations du Directeur Général de l'ARS sur l'état de santé de la population du territoire et sur l'offre de soins disponible sur ce dernier,
- Le bilan, élaboré conjointement par le Directeur et le PCME, 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 GHT.

Il est informé du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens conclu entre l'ARS et l'établissement ainsi que de ses modifications.
À tout moment, il opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission. Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification, le Conseil de Surveillance nomme le commissaire aux comptes.

3.1.2 La Direction et son équipe

3.1.2.1 Composition

Un Directeur et une équipe de Direction (Directeur Délégué, Cadre Administratif, Cadre Supérieur de Santé, Cadres de Santé).

3.1.2.2 Fonctionnement

Le Directeur du C.H. est chargé de l'exécution des décisions du Conseil de Surveillance et met en œuvre la politique définie par ce dernier et approuvée par les représentants de l'État.

3.1.2.3 Compétences

Le Directeur est compétent pour régler les affaires de l'établissement qui ne relèvent pas de la compétence du Conseil de Surveillance. Il assure la conduite générale de l'établissement. À ce titre, il assure l'ordonnancement des dépenses et l'émission des titres de recettes. Il est en outre le représentant légal de l'établissement.

Le Directeur exerce son autorité sur l'ensemble des professionnels, dans le respect de la déontologie médicale, des responsabilités qu'elle comporte pour l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.
Le Directeur tient le Conseil de Surveillance informé de la marche générale des services et de la gestion de l'établissement.

3.1.3 Le Directoire

3.1.3.1 Composition

La composition du Directoire est de 9 membres ainsi qu'il suit :

- <u>3 membres de droit</u> :
  - Le Directeur, Président du Directoire,
  - Le Président de la Commission Médicale d'Établissement, Vice-Président du Directoire,
  - Le Président de la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques.

Document approuvé

- 1 membre du personnel non médical nommé par le Directeur :
  - Le Directeur Délégué.
- 5 membres, principalement issus de l'équipe médicale et pharmaceutique, nommés par le Directeur :
  - Le Chef de Pôle,
  - Le pharmacien,
  - 2 praticiens hospitaliers,
  - Le Responsable Qualité.

La durée du mandat des membres du Directoire est de 4 ans.

3.1.3.2 Fonctionnement

Le Directeur organise les travaux du Directoire. Le Directoire se réunit sur un ordre du jour déterminé. En l'absence du Président, le Directoire sera présidé par le Vice-Président du Directoire. Si celui-ci est également absent, la séance sera reportée.
Un procès-verbal de chaque séance est établi. Il est signé par le Directeur et transmis aux membres du Directoire. Ce procès-verbal est soumis à l'approbation lors de la séance suivante.
Le Directoire émet des avis et des vœux à la majorité des suffrages exprimés et sont portés par le Directeur à la connaissance du Conseil de Surveillance de l'établissement.
Le Directoire doit, dans un délai de deux mois, être informé, par une communication écrite du Président à chacun des membres, des suites données à ses avis ou vœux.

3.1.3.3 Compétences

Les attributions du Directoire :

- Approbation du projet médical, préparé par le Président de la C.M.E avec le Directeur,
- Préparation du projet d'établissement notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques,
- Conseil auprès du Directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

La concertation au sein du Directoire ; le Directeur :

- Conclut le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (C.P.O.M.),
- Décide, avec le Président de la C.M.E, la politique d'amélioration continue de la qualité, sécurité des soins, conditions d'accueil, prise en charge des usagers,
- Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement,
- Détermine le programme d'investissement (après avis de la C.M.E. pour les équipements médicaux),
- Fixe l'E.P.R.D., le plan global de financement prévisionnel (P.G.F.P.), les propositions de tarifs de prestations et des activités sociales et médico-sociales,
- Arrête le compte financier (et le soumet à l'approbation du Conseil de Surveillance),
- Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité,
- Peut proposer au Directeur Général de l'A.R.S. et aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération (conférences sanitaires, communautés hospitalières de territoire, groupements de coopération sanitaire, conventions de coopération, fédérations médicales inter hospitalières) ou des réseaux de santé,
- Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de 18 ans, les baux, les contrats de partenariat et les conventions de location, les délégations de service public,
- Soumet le projet d'établissement au Conseil de Surveillance,

Document approuvé

- Arrête le règlement intérieur de l'établissement,
- À défaut d'accord avec les organisations syndicales représentants le personnel, décide de l'organisation du travail, des temps de repos,
- Présente à l'A.R.S. le plan de redressement (CSP art L.6143-3).

3.1.4 Le régime de publicité des actes

Sans préjudice des obligations de publication prévues par d'autres dispositions du présent code, les décisions des Directeurs des établissements publics de santé et les délibérations non réglementaires de leurs Conseils de Surveillance sont notifiées aux personnes physiques et morales qu'elles concernent.
Les délibérations sont transmises à l'Agence Régionale de la Santé.
Lorsque ces décisions ou délibérations font grief à d'autres personnes que les usagers et les professionnels, elles sont, en outre, publiées au bulletin des actes administratifs de la préfecture du département dans lequel l'établissement a son siège.

3.2 Les organes consultatifs

3.2.1 La Commission Médicale d'Établissement (C.M.E.)

3.2.1.1 Composition

La Commission Médicale d'Établissement du C.H. d'Uriage comprend :

- Des membres de droit avec voix délibérative *:*
  - Le Président de la C.M.E ;
  - Le Chef de Pôle ;
  - 1 Praticien Hospitalier, représentant élu des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles ;
  - 2 Praticiens Hospitaliers, représentants élus des praticiens titulaires ;
  - 2 assistants, représentants élus du personnel temporaire ou non titulaire et personnels contractuels ou exerçant à titre libéral ;
  - 2 représentants des internes (1 de médecine générale, 1 de médecine de spécialité).

- Des membres avec voix consultative :
  - Le Président du Directoire ;
  - Le Président de la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques (C.S.I.R.M.T.) ;
  - Un Représentant du personnel du Comité Social d'Établissement (C.S.E.);
  - Le Praticien responsable de l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (E.O.H.) ;
  - Le Responsable Qualité, coordonnateur de la gestion des risques.

La Commission peut entendre toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour.
La durée du mandat des membres de la C.M.E. est de quatre ans.
La Commission siège en formation plénière. Toutefois, elle peut être amenée à siéger en formation restreinte pour examiner certaines questions individuelles.

3.2.1.2 Fonctionnement de la C.M.E.

La Commission Médicale d'Établissement élit en son sein son Président et son Vice-Président. Le Président fixe l'ordre du jour des convocations.

La Commission Médicale d'Établissement se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son Président qui en fixe l'ordre du jour. Elle est également réunie à la demande soit d'un tiers de ses membres, soit du Président du Directoire, soit du Directeur Général de l'ARS sur l'ordre du jour qu'ils proposent. Dans ces conditions, la C.M.E. définit librement son organisation interne dans son règlement intérieur.

Document approu

Des personnalités extérieures ou des professionnels de santé compétents sur des questions inscrites à l'ordre du jour et dont l'expertise est utile au bon déroulement des travaux de la commission peuvent être appelés à intervenir en séance selon des modalités prévues par le règlement intérieur.

3.2.1.3 Compétences

Le Président de la C.M.E et les membres de la C.M.E, en conformité avec le C.P.O.M., élabore le projet médical de l'établissement.

Le Président de la C.M.E en assure le suivi de la mise en œuvre et en dresse le bilan annuel. Il participe à l'élaboration du projet d'établissement avec le Directeur de l'établissement en définissant notamment les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Il définit la stratégie médicale de l'établissement avec les membres de la C.M.E en cohérence avec le schéma régional d'organisation sanitaire et le contenu de l'offre des soins.

La C.M.E. se prononce régulièrement sur un rapport établi avec le concours de la Direction et relatif à l'évaluation technique et économique des soins dispensés au C.H. d'Uriage. Ce rapport est transmis au Conseil de Surveillance et au Comité Social d'Établissement, dans des formes de nature à préserver le secret médical.

Les personnes participant à quelque titre que ce soit aux travaux de la Commission Médicale d'Établissement sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison de toutes les pièces et documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux.

La C.M.E. :

- Coordonne et contribue à la politique médicale d'établissement et, notamment :
  - La diffusion et l'évaluation des bonnes pratiques médicales,
  - La prise en charge du patient,
  - L'élaboration du plan du développement professionnel continu des personnels médicaux,
  - Les programmes d'investissement concernant les équipements médicaux,
  - Les différentes conventions passées avec les autres établissements sanitaires,
- Contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :
  - La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections nosocomiales, à les prévenir et à les traiter,
  - L'iatrogénie et les autres évènements indésirables liés aux activités de l'établissement, les dispositifs de vigilance, La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles,
  - La prise en charge de la douleur.
- Contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, à savoir :
  - La réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale,
  - L'évaluation de la prise en charge des patients,
  - Le fonctionnement de la permanence des soins,
  - L'organisation des parcours de soins.

- Est informée *:*
  - De l'E.P.R.D. initial, ses modifications, le compte financier et l'affectation des résultats,
  - Du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM),
  - Du rapport annuel d'activité de l'établissement,
  - Des contrats de pôles,
  - Du bilan annuel des tableaux de service,
  - De la politique de recrutement des emplois médicaux,
  - De l'organisation de la formation des étudiants, internes et la liste des postes ouverts,

Document approuvé

- Du projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques,
- De l'organisation interne de l'établissement,
- De la programmation de travaux, aménagement des locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

3.2.1.4 Sous-commissions rattachées à la C.M.E

- Instances Qualité : COPIL : COmité de PILotage et COQUA : COmmission QUAlité
- C.L.I.N. : Commission de Lutte contre les Infection Nosocomiales
- C.L.A.N. : Comité de Liaison de l'Alimentation et de la Nutrition
- CLUD : Comité de LUtte contre la Douleur
- COMEDIMS : COmmission du MEdicament et des DIspositifs Médicaux Stériles
- Commission des E.P.P. (Evaluation des Pratiques Professionnelles)

L'ensemble des sous-commissions remet à la C.M.E un rapport annuel sur leurs activités sur la base des synthèses de chaque sous-commission. La C.M.E propose les actions nécessaires à chaque commission pour répondre aux conclusions du rapport de certification, mettre en œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité assorti d'indicateurs de suivi.

3.2.1.5 Président de la C.M.E.

Le Président de la C.M.E., Vice-Président du Directoire, coordonne la politique médicale de l'établissement. Il élabore avec le Directeur et en conformité avec le C.P.O.M., le projet médical de l'établissement.

Il est appelé à donner son avis sur les contrats de pôle médicaux et médicotechniques pour la cohérence du contrat avec le projet médical. Il propose au Directeur le programme d'actions de l'article L6144-1 avec le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des évènements indésirables. Le programme comprend les actions en réponse aux conclusions de la certification, les objectifs et engagements du C.P.O.M. et moyens en matière de sécurité de soins et amélioration continue de la qualité et des indicateurs de suivi.

Le Président de la C.M.E. élabore un rapport annuel avec l'évolution des indicateurs de suivi à l'attention du Directoire et du Conseil de Surveillance.

3.2.2 Le Comité Social d'Établissement (C.S.E)

3.2.2.1 Composition

Le C.S.E est présidé par le Directeur de l'établissement qui peut être suppléé par un membre du corps des personnels de Direction de l'établissement. Le C.S.E est composé de représentants du personnel élus sur des listes présentées par les organisations syndicales représentatives au sein de chaque établissement. Le nombre de représentants du personnel dépend de l'effectif de l'établissement.

Pour le C.H. :

- 7 membres titulaires,
- 7 membres suppléants.

Dans les établissements publics de santé, un représentant de la C.M.E assiste aux réunions avec voix consultative et un représentant du C.S.E assiste aux réunions de la C.M.E. Les représentants du personnel sont renouvelés tous les 4 ans à la suite d'élections professionnelles.

3.2.2.2 Fonctionnement du C.S.E.

Les C.S.E se réunissent au moins une fois par trimestre, sur convocation et à l'initiative du Président ou dans le délai maximum d'un mois sur demande écrite de la moitié au moins des représentants du personnel. La convocation est accompagnée de l'ordre du jour de la séance.

Document approuvé

L'ordre du jour est fixé par le Président mais le secrétaire titulaire du C.S.E est consulté préalablement et peut proposer l'inscription de points. Doivent notamment y être inscrits les points entrant dans la compétence dont l'examen a été demandé par la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

Comme il n'existe pas de formation spécialisée, le C.S.E se réunit à la suite d'un accident du travail grave, en présence d'un danger grave et imminent ou pour des raisons exceptionnelles.
Par ailleurs, le C.S.E tient à chaque réunion un ordre du jour portant spécifiquement sur les questions en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail.
Le quorum est égal à la moitié des membres, soit trois personnes. Le Président peut convoquer des experts afin qu'ils soient entendus sur un point inscrit à l'ordre du jour, ils n'ont pas voix délibérative. Le CSE élit un secrétaire parmi les représentants du personnel titulaires. Les séances ne sont pas publiques. À l'issue de chaque séance, un procès-verbal est élaboré pour approbation à la réunion suivante. Le Comité émet des avis à la majorité des suffrages, ils sont portés à la connaissance du Conseil de Surveillance par le Président. Ils sont également portés, par voie d'affichage, à la connaissance de l'ensemble du personnel. Il établit son règlement intérieur.

3.2.2.3 Compétences du C.S.E.

Le C.S.E est obligatoirement consulté sur :

- Orientations stratégiques de l'établissement, notamment :
  - Le règlement intérieur,
  - Le plan de redressement présenté par le Président du Directoire à l'ARS,
  - Le plan global de financement pluriannuel.
- Projets de délibérations mentionnés à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique :
  - Les orientations stratégiques sur la politique de ressources humaines,
  - La politique de GPMC,
  - La politique de formation et plan de formation.
- Modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants.
- Nouvelles matières instaurées pour le C.S.E :
  - L'accessibilité des services et de la qualité des services rendus à l'exception de la qualité des soins et des questions qui relèvent de la compétence de la C.M.E, de la Commission Des Usagers (C.D.U) et de la Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques,
  - L'organisation interne de l'établissement,
  - Les projets de réorganisation de service,
  - La politique d'égalité professionnelle et de lutte contre les discriminations,
  - Les projets de Lignes Directrices de Gestion (LDG) relatives à la stratégie pluriannuelle de pilotage des ressources humaines,
  - Les projets d'aménagement 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,
  - La protection de la santé physique et mentale, de l'hygiène, de la sécurité des agents dans leur travail, de l'organisation du travail, du télétravail, des enjeux liés à la déconnexion et aux dispositifs de régulation de l'utilisation des outils numériques, de l'amélioration des conditions et des prescriptions légales afférentes.

Le C.S.E est informé sur les matières suivantes :

- La situation budgétaire,
- Le Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens (C.P.O.M.),
- Le budget.

Document approuvé

Le C.S.E est également informé sur la participation aux actions de coopération mentionnée à l'article L. 6134-1 du code de la Santé Publique.

Le C.S.E débat chaque année :

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

3.2.3 Les Commissions administratives paritaires départementales (C.A.P.D.)

Le décret n° 2019-1265 du 29 novembre 2019 relatif aux Lignes Directrices de Gestion et à l'évolution des attributions des Commissions Administratives Paritaires a modifié les compétences de ces instances. Les C.A.P. sont les Instances de représentation des personnels titulaires de la fonction publique, c'est-à-dire des fonctionnaires. Des C.A.P. Départementales peuvent être créées par l'ARS pour les fonctionnaires pour lesquels les C.A.P. locales ne peuvent pas être créées.
Les corps des catégories A, B, et C sont répartis par arrêté ministériel.

3.2.3.1 Composition

Une C.A.P.D. comprend en nombre égal des représentants de l'administration et des représentants du personnel. Les représentants de l'administration sont désignés par le chef de l'établissement qui assure la gestion des C.A.P.D. Les représentants du personnel sont élus par les fonctionnaires au scrutin de liste à la proportionnelle à la plus forte moyenne dans le mois suivant la proclamation des résultats des élections des représentants du personnel. Les représentants du personnel sont élus pour 4 ans.

3.2.3.2 Fonctionnement

Les C.A.P.D. sont présidées par le Président du Conseil de Surveillance de l'établissement qui en assure la gestion ou son représentant. En cas d'empêchement, le Président de séance est choisi parmi les représentants de l'administration. Le secrétariat des C.A.P.D. est assuré par l'établissement qui en assure la gestion. Pour le C.H, c'est le CHUGA. Un représentant du personnel est désigné par un vote de la C.A.P.D. à chaque séance pour exercer les fonctions de secrétaire adjoint. Le secrétaire établit un procès-verbal de chaque séance conformément à un modèle fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales.
Le Directeur de l'établissement qui en assure la gestion peut également décider de la réunion d'une C.A.P.D. et la saisir de toute question entrant dans sa compétence.
Les C.A.P. émettent des avis à la majorité des suffrages exprimés, sauf lorsqu'elles siègent en matière disciplinaire.

3.2.3.3 Compétences des C.A.P.D

Les C.A.P. connaissent :

- Les refus de titularisation et des licenciements en cours de stage en cas d'insuffisance professionnelle ou de faute disciplinaire ;
- Les questions relatives au licenciement du fonctionnaire mis en disponibilité après 3 refus de poste ;
- Les questions d'ordre individuel relatives au licenciement pour insuffisance professionnelle ;
- Les refus de congé de formation syndicale et de congés de formation CSE ;
- Les refus de formation inscrites au plan de formation et de congé de formation professionnelle ;
- Les décisions disciplinaires concernant les sanctions 2ème, 3ème, et 4ème groupe ;
- Les décisions relatives au placement en recherche d'affectation (Commission Administrative Paritaire Nationale).

Document approuvé

À la demande du fonctionnaire intéressé, les C.A.P.D. connaissent :

- Les décisions individuelles liées aux disponibilités ;
- Les refus d'autorisation d'accomplir un service à temps partiel et des litiges relatifs aux conditions d'exercice du temps partiel ;
- Les refus d'acceptation de démission ;
- Les décisions relatives à la révision du compte rendu de l'entretien professionnel ;
- Les refus de mobilisation du Congé Professionnel de Formation ;
- Les refus de télétravail ;
- Les refus de congés au titre du Compte Épargne Temps ;
- Les recours présentés par les personnels de Direction sur l'évaluation (CAPN).

L'avis de la C.A.P.D. peut être sollicité lorsqu'un fonctionnaire sollicite sa réintégration après une période de privation de droits civiques d'interdiction d'exercer un emploi public ou en cas de réintégration dans la nationalité française.

Les fonctionnaires peuvent choisir un représentant d'une organisation syndicale représentative pour les assister dans l'exercice des recours administratifs contre les décisions individuelles de promotion et d'avancement de grade.

Une commission consultative paritaire (C.C.P.) composée, **en nombre égal**, de représentants de l'administration et de représentants du personnel est compétente à l'égard des **contractuels**. Une C.C.P. est créée dans chaque département par l'A.R.S. et gérée par un établissement situé dans le département.

Les représentants du personnel sont élus par les fonctionnaires tous les 4 ans. Les représentants de l'administration sont désignés par le Directeur de l'établissement qui assure la gestion de la commission.

Les C.C.P. sont obligatoirement consultées **à l'initiative de l'administration**, sur les projets de **décision individuelle** suivants, concernant les **contractuels** relevant de la commission:

- Licenciement après la période d'essai ;
- Non renouvellement du contrat d'un agent titulaire d'un mandat syndical ;
- Licenciement pour inaptitude physique.

Les CCP sont consultées, en formation disciplinaire, sur les projets de sanction disciplinaire autre que l'avertissement et le blâme à l'égard des fonctionnaires.

Une CCP peut être consultée, **à la demande d'un agent**, sur les projets de décision individuelle suivants :

- Refus de temps partiel ;
- Refus d'un congé pour formation syndicale ou d'un congé pour formation de cadres et d'animateurs pour la jeunesse ;
- Refus d'un congé pour formation professionnelle ;
- Refus d'un congé pour raisons familiales ou personnelles ;
- Refus d'un congé pour création d'entreprise ;
- Refus d'un congé de mobilité ;
- Refus d'autorisations d'absence pour suivre une préparation à un concours administratif ou à l'accès à une école ;
- Refus d'une demande de formation continue ;
- Demande de révision du compte rendu d'un entretien professionnel annuel ;
- Refus d'une 1re demande ou d'une demande de renouvellement de télétravail ;
- Refus d'une demande de congés épargnés sur un compte épargne-temps.

Les C.C.P. se réunissent au moins 2 fois par an.

3.2.4 La Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques (C.S.I.R.M.T)

3.2.4.1 Composition

La C.S.I.R.M.T. est composée de :

- Le Président, Cadre Supérieur de Santé, faisant fonction de coordonnateur des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ;
- 1 Cadre de Santé titulaire et 1 Cadre de Santé suppléant ;
- 3 infirmiers, rééducateurs ou médicotechniques titulaires, et 3 suppléants ;
- 1 aide-soignant titulaire et 1 aide-soignant suppléant ;
- 1 représentant de la C.M.E. participant à titre consultatif.

La C.S.I.R.M.T. est constituée pour 4 ans.

3.2.4.2 Fonctionnement de la C.S.I.R.M.T

La C.S.I.R.M.T. se réunit au moins 3 fois par an. Elle est convoquée par son Président.
Elle est informée sur :

- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- La mise en place d'une procédure sur le contrat conclu entre les professionnels participant aux missions de l'établissement et l'établissement de santé ;
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

3.2.4.3 Compétences de la C.S.I.R.M.T

La C.S.I.R.M.T. permet aux personnels soignants de formuler des avis et des propositions dans les domaines suivants :

- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques élaboré par le Cadre Supérieur de Santé ;
- L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ainsi que l'accompagnement des usagers ;
- 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 médicotechniques ;
- La politique de développement professionnel continu.

3.2.5 La Commission des Usagers (C.D.U.)

Document associé : PECDIP-P005 – Commission des Usagers : règlement intérieur

3.2.5.1 Composition de la C.D.U.

En application du décret n° 2016-726 du 1er juin 2016, il est constitué au sein de l'établissement une Commission Des Usagers (C.D.U.). Elle est chargée de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la prise en charge et de la qualité des soins des personnes malades et de leurs proches.
Elle est composée, pour 3 ans renouvelables, de membres de droit à voix délibérative :

- Le Directeur de l'Établissement,
- Deux médiateurs médecins (1 titulaire et 1 suppléant) et deux médiateurs non médecins (1 titulaire et 1 suppléant),
- Quatre représentants des Usagers désignés par l'A.R.S. (2 titulaires et 2 suppléants).

Mais aussi, de membres à voix consultative :

- Le Président de la C.M.E,
- Deux représentants de la C.S.I.R.M.T. (1 titulaire et 1 suppléant),

Document approuvé

- Deux représentants du C.S.E (1 titulaire et 1 suppléant),
- Deux représentants du Conseil de Surveillance (1 titulaire et 1 suppléant),
- Le Responsable de la Qualité et de la Gestion des Risques.

Le Directeur de l'Établissement fixe la liste nominative des membres de la Commission après chaque modification de sa composition. Les membres de la Commission ne peuvent en démissionner qu'après un préavis d'au moins un mois, transmis au Directeur. Les nouvelles désignations doivent intervenir dans le délai d'un mois qui suit toute démission.
Les membres de la Commission sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

3.2.5.2 Fonctionnement

La C.D.U. se réunit au moins 4 fois par an, soit une fois par trimestre sur convocation de son Président avec un ordre du jour établi. En cas d'urgence, le délai peut être réduit sans pouvoir être inférieur à un jour franc. Le Président de la commission arrête l'ordre du jour et adresse à tous les membres une convocation ainsi qu'une proposition de compte-rendu de la réunion précédente au moins huit jours avant la réunion. Le Président peut associer les différents membres de la CDU à la préparation des réunions et des supports utilisés. Un membre de la CDU peut demander à mettre un point à l'ordre du jour. La C.D.U. ne peut délibérer valablement que si le quorum est atteint c'est-à-dire si la moitié au moins de ses membres ayant voix délibérative est présente. La Commission peut entendre toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour. Les membres de la commission sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies par les articles 226-13 et 226-14 du Code Pénal.
Les membres de la commission, autres que le Président, qui sont concernés par une plainte ou une réclamation ne peuvent siéger lorsque la commission délibère sur le dossier en cause.
Un membre titulaire empêché ou concerné par une plainte ou une réclamation est remplacé par son suppléant.
Si le médecin médiateur et son suppléant sont simultanément concernés par une plainte ou une réclamation, leur mission est assurée par un praticien désigné par le Président de la C.M.E.
Si le médiateur non médecin et son suppléant sont simultanément concernés par une plainte ou une réclamation, leur mission est assurée par un agent désigné par le Directeur du C.H.
Chaque année, elle élabore collectivement un rapport annuel à transmettre à l'A.R.S., qui reflète l'activité réelle de la C.D.U au cours de l'année.

3.2.5.3 Compétences

La C.D.U assure les missions suivantes :

- Participer 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 ;
- Être associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement (C.M.E) ;
- Se saisir de tout sujet portant sur la politique de qualité et de sécurité, faire des propositions et être informée des suites données ;
- Être informée de l'ensemble des plaintes et des réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données. En cas de survenue d'événements indésirables graves, elle est informée des actions menées par l'établissement pour y remédier ;
- Recueillir les observations des associations de bénévoles dans l'établissement ;
- Proposer un projet des usagers exprimant leurs attentes et leurs propositions après consultation des représentants des usagers et des associations de bénévoles.

Document approuvé

3.2.6 Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (C.L.I.N.)

Document associé : MANGRI-E010 – Composition et missions du CLIN ; MANGRI-E011 – Missions du Président du CLIN

3.2.6.1 Composition

Ce comité est composé :

- Du représentant légal de l'établissement de santé, ou la personne désignée par lui ;
- Du Président de la C.M.E,
- Du Président : un praticien hospitalier nommé par la C.M.E,
- D'un collège d'experts nommés par la C.M.E. : le Chef de Pôle - PH, le Président de la C.S.I.M.R.T. - Cadre Supérieur de Santé, un praticien hospitalier rhumatologue,
- D'un collège d'experts désignés : le Responsable de l'E.O.H. : Praticien Hygiéniste du RIPIN, le Responsable de la biologie, le Cadre de Santé des ASH, le référent infectiologue,
- D'un représentant des usagers,
- Du responsable des services techniques,
- De l'infirmier hygiéniste,
- D'un représentant des usagers.

La durée des mandats des membres est de quatre ans. Leur mandat est renouvelable.

3.2.6.2 Fonctionnement

Le C.L.I.N., chargé de la lutte contre les infections nosocomiales :

- Coordonne les actions de prévention et de surveillance des infections nosocomiales et du risque infectieux lié aux soins ;
- Gère les risques de manière globale et coordonnée en visant à lutter contre les infections associées aux soins (I.A.S.) et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres évènements indésirables (E.I.) liés aux activités de l'établissement ;
- Gère les situations de « crise » en réunissant la cellule de crise des I.A.S. ;
- Détermine des objectifs à court, moyen et long terme en fonction des objectifs nationaux, de l'évaluation périodique des actions de Lutte contre les Infections Nosocomiales (L.I.N.) menées dans l'établissement ;
- Dépiste, surveille et déclare les infections nosocomiales, surveille le risque infectieux lié aux soins ;
- Déclare les infections nosocomiales soumises à signalement au C.CLIN et à la Délégation Territoriale 38 ;
- Évalue le bon usage des antibiotiques : au C.H., un suivi de la consommation est fait en fin d'année par le service Pharmacie ;
- Définit les actions d'information et de formation de l'ensemble des professionnels en matière d'hygiène hospitalière et de L.I.N. ;
- Élabore chaque année, avec l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, le programme d'actions de lutte contre les infections nosocomiales ;
- Évalue périodiquement les actions (E.P.P., audits).

Pour exercer ses missions dans le domaine de la gestion du risque infectieux, cette instance s'appuie sur les compétences techniques et l'expertise de l'équipe opérationnelle d'hygiène.
Le C.L.I.N. se réunit au moins trois fois par an.

3.2.6.3 Compétences

Chaque établissement de santé organise en son sein la lutte contre les infections nosocomiales, y compris la prévention de la résistance contre les infections bactériennes aux antibiotiques. À cet effet, il institue en son sein une instance de consultation et de suivi chargée de la lutte contre les infections nosocomiales, se dote d'une équipe opérationnelle d'hygiène et définit un programme annuel d'actions tendant à assurer :

Document approuvé

- La prévention des infections nosocomiales et du risque infectieux lié aux soins, notamment par l'élaboration et la mise en œuvre de recommandations de bonnes pratiques d'hygiène ;
- La surveillance des infections nosocomiales et de leur signalement ;
- La définition d'actions d'information et de formation de l'ensemble des professionnels de l'établissement en matière d'hygiène hospitalière et de lutte contre les infections nosocomiales ;
- L'évaluation périodique des actions de lutte contre les infections nosocomiales, dont les résultats sont utilisés pour l'élaboration des programmes ultérieurs d'actions.
- Le bon usage des antibiotiques.

Dans les établissements publics de santé, le projet d'Établissement définit les objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

3.2.7 Le Comité de Lutte contre la Douleur (C.L.U.D)

Document associé : PECDOU-FT002 – Composition, missions et fonctionnement du CLUD.

3.2.7.1 Composition

Ce comité est composé de membres de droit et de membres tirés au sort parmi les personnels volontaires ou proposés par le Président de la C.M.E.

Six membres de droit :

- Le Directeur de l'établissement (ou son représentant),
- Le Président de la C.M.E ou le Vice-Président,
- Le Cadre Supérieur de Santé,
- Le Responsable de la Qualité et de la Gestion des Risques,
- Le Pharmacien,
- Un représentant de la Consultation Douleur (médecin ou infirmier).

Membres désignés :

- Médecins (rhumatologue, algologue, psychiatre, rééducateur),
- Professionnels des soins infirmiers (infirmiers, cadres infirmiers),
- Représentant des professionnels de rééducation/réadaptation (ergothérapeute, kinésithérapeute…),
- Un secrétaire,
- Un Représentant des Usagers.

Le C.L.U.D. est constitué pour 4 ans, renouvelable.

3.2.7.2 Fonctionnement

Le C.L.U.D. se réunit en séances plénières au moins trois fois par an sur convocation de son Président. Il peut être également réuni en séance extraordinaire à la demande de la majorité de ses membres ou du Directeur.

L'ordre du jour, arrêté par le Président, est communiqué aux membres du C.L.U.D. au moins 15 jours avant la réunion. Le C.L.U.D. peut entendre toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour.

L'avis du C.L.U.D. est valablement émis lorsque le quorum est atteint (présents + représentés, le nombre de pouvoir par membre étant limité à 3), soit 11.

3.2.7.3 Compétences

Le C.L.U.D est une force d'analyse, de propositions, de validation, de coordination et de communication pour améliorer la qualité de la prise en charge préventive, curative et palliative de la douleur. Il coordonne l'action des différentes parties prenantes, tant dans le domaine des soins que dans celui de la formation continue des personnels médicaux et non médicaux.

Son rôle est de :

Document approuvé

- Proposer, à partir du bilan de l'existant, des objectifs d'amélioration et susciter le développement de plans d'amélioration de la qualité, pour l'évaluation, la prévention et le traitement de la douleur ;
- Proposer, organiser, coordonner, évaluer les actions (audits, groupes de travail, protocoles, outils d'évaluation…) à l'usage des professionnels de l'hôpital
- Promouvoir, développer les actions de formation continue des personnels médicaux et para médicaux de l'établissement. Participer et favoriser la participation des personnels aux formations inter établissements ;
- Donner son avis sur les projets d'acquisition des dispositifs médicaux et matériels nécessaires à la prévention et au traitement de la douleur ;
- Établir un bilan annuel des actions engagées. Ce bilan est transmis au Directeur et Membres de l'équipe de Direction, à la C.M.E ;
- Informer des résultats des actions entreprises.

3.2.8 Le Comité de Liaison de l'Alimentation et de la Nutrition (C.L.A.N.)

3.2.8.1 Composition

Le C.L.A.N. a pour mission d'améliorer la prise en charge nutritionnelle des patients en évaluant leur état nutritionnel et en coordonnant les actions des professionnels de l'alimentation et de la nutrition.
Au C.H. d'Uriage, il est composé de la façon suivante :

- Le Directeur de l'établissement ou son représentant ;
- Le Responsable de la Qualité et de la Gestion des Risques ;
- Le Médecin nutritionniste ;
- Le Responsable de la restauration (Cadre de Santé) ;
- Un cuisinier ;
- Un IDE ;
- Un AS ;
- Le diététicien ;
- Un Représentant des Usagers.

3.2.8.2 Fonctionnement du C.L.A.N.

Le C.L.A.N. participe :

- Au bilan de l'existant en matière de structures, moyens en matériels et en personnel, et à l'évaluation des pratiques professionnelles dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition ;
- À la définition des actions prioritaires à mener tant dans le domaine de la nutrition que dans celui de la fonction restauration ;
- À la préparation du programme annuel d'actions en matière d'alimentation et de nutrition ; il s'assure de la coordination et de la cohérence des actions menées au sein de l'établissement ;
- À la définition de la formation continue spécifique à ces actions dans le plan de formation ;
- À l'évaluation des actions entreprises et fournit un appui méthodologique aux différents professionnels concernés.

3.2.8.3 Compétences

Le C.L.A.N. a vocation à participer par ses avis ou propositions à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des malades et à la qualité de l'ensemble de la prestation alimentation-nutrition, y compris en ce qui concerne les projets d'aménagement des locaux, des circuits et d'équipement, dans le cas où ces projets peuvent avoir des incidences dans ce domaine.

3.2.9 Le Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS)

Document approuvé

Le COMEDIMS participe à la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles à l'intérieur de l'établissement et est partie prenante dans le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (C.A.Q.E.S.).

3.2.9.1 Composition

La composition du COMEDIMS est fixée par l'article R 5104-55 du code de la santé publique. La C.M.E. arrête la liste des membres du COMEDIMS.

Ce comité est composé du :

- Représentant légal de l'établissement de santé, ou la personne désignée par lui ;
- Président de la C.M.E. ;
- Pharmacien, président du COMEDIMS ;
- Chef de Pôle – PH ;
- Président du C.L.U.D. - PH ;
- Représentant de la C.S.I.R.M.T. ;
- Correspondant local de la matériovigilance ;
- Correspondant local de la pharmacovigilance ;
- Préparateur en pharmacie.

Toute personne qualifiée appartenant ou non à l'établissement, peut être entendue à la demande du Comité, sur les questions inscrites à l'ordre du jour.
La durée du mandat des membres de ce comité est de 4 ans.

3.2.9.2 Fonctionnement

Le COMEDIMS doit se réunir, sur convocation du Président, au moins 3 fois par an.
Il élabore un rapport d'activité annuel, transmis ensuite à la C.M.E., au Directeur et au Conseil de Surveillance de l'Établissement.
Le COMEDIMS a un rôle dans :

- Le choix des produits, l'introduction de nouvelles molécules et de nouveaux dispositifs, la radiation ;
- Le suivi budgétaire notamment des médicaments hors GCS ;
- La pharmacovigilance, la matériovigilance ;
- Le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins (C.A.Q.E.S.) ;
- Le système de management qualité de la prise en charge médicamenteuse (S.M.Q.P.E.C.M.).

3.2.9.3 Compétences

Le COMEDIMS est un organisme de concertation qui participe, par ses avis, à :

- La définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles,
- L'élaboration de la liste des médicaments et des dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est recommandée dans l'Établissement,
- L'élaboration des recommandations en matière de prescription, du bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles,
- La lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse.

3.3 Les Ressources Humaines

3.3.1 Les Nominations et attributions des personnels hospitaliers

3.3.1.1 Le Chef de Pôle

3.3.1.1.1 Nominations

Le pôle d'activités cliniques est placé sous la responsabilité d'un PU-PH, MCU-PH, ou PH Chef de Pôle nommé par le Directeur, sur présentation d'une liste de propositions de praticiens éligibles

Document approuvé

élaborée par le Président de la C.M.E. Le praticien Chef de Pôle est nommé pour une durée de quatre ans, renouvelable, après appel à candidatures et audition par le Directoire, selon l'article D.146-1 du code de la santé publique. Ce praticien (temps plein ou temps partiel) est un titulaire.

Peuvent exercer les fonctions de Chef de Pôle les praticiens remplissant les conditions légales.

En cas de vacance de fonctions de Chef de Pôle et pendant le temps nécessaire à la nomination d'un Chef de Pôle, le Directeur peut désigner un praticien de l'hôpital, répondant aux conditions légales requises, pour exercer provisoirement ces fonctions, sur proposition du Président de la C.M.E.

Dans l'intérêt du service, il peut être mis fin aux fonctions de Chef de Pôle par décision du Directeur de l'établissement, après avis du Président de la C.M.E.

3.3.1.1.2 Missions

Le praticien Chef de Pôle est chargé de la mise en œuvre de la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle sur lesquels il a une autorité fonctionnelle le fonctionnement du pôle, et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services, ou unités fonctionnelles. Le Chef de Pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du pôle.

3.3.1.2 Les Praticiens Hospitaliers (PH)

3.3.1.2.1 Médecins

Documents rattachés : SUPGRH-FT002– Fiche de poste Médecin Rhumatologue ; SUPGRH-FT003 – Fiche de poste Médecin Responsable SDC ; SUPGRH-FT004 – Fiche de poste Médecin de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR).

Depuis le 1er janvier 2022, il n'y a qu'un statut unique de PH. La quotité de travail des PH est désormais comprise entre 50% et 100%, soit :

- Obligations de service de 10 demi-journées hebdomadaires pour les PH temps plein ;
- Obligations de service entre 5 et 9 demi-journées hebdomadaires pour les PH temps partiel.

Le PH peut exercer son activité dans plusieurs établissements. Les PH assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement dispensés par le service public hospitalier. En outre, ils peuvent participer aux actions d'enseignement, de prévention et de recherche.

Enfin, ils participent aux tâches de gestion administratives qu'impliquent leurs fonctions.

Les PH doivent, entre autres :

- Assurer les services du matin et de l'après-midi ;
- Participer aux services de gardes et astreintes ;
- Effectuer, si besoin est, les remplacements imposés par divers congés ;
- Participer aux jurys de concours et d'examens organisés par le Ministère de la Santé, ainsi qu'à l'enseignement et à la formation des personnels hospitaliers ;
- Tenir un dossier individuel par malade et le registre du service ;
- Assurer la permanence médicale des soins, conjointement avec les autres membres du corps médical.

Statut en voie d'extinction depuis le 6 février 2022.

3.3.1.2.2 Pharmacien

Documents associés : SUPGRH-E008 – Fiche de poste : Pharmacien Hospitalier.

Le pharmacien est chargé de l'organisation du service qui lui est confiée dans les divers aspects de son activité. Il est responsable de l'approvisionnement régulier des différentes unités de soins en médicaments (spécialités et préparations) et matériel médico-chirurgical, ainsi que du contrôle de leurs conditions de stockage. Il tient, selon les règles prescrites, la comptabilité des toxiques

Document approuvé

stupéfiants. Il s'assure de la qualité de la stérilisation et de celle des gaz médicaux qui sont des médicaments. Pour ces derniers, il veille, en collaboration avec le service technique, à la continuité des approvisionnements.
Avec les Praticiens Hospitaliers, le pharmacien participe à l'établissement et à la surveillance analytique des conditions d'utilisation de l'ensemble des produits pharmaceutiques. Il assure un contrôle de la délégation des prescriptions.

3.3.1.2.3 Responsable Qualité

Documents associés : SUPGRH-FT025 – Fiche de poste Responsable Qualité coordonnateur de la gestion des risques

Le Responsable Qualité et coordonnateur de la gestion des risques est chargé de développer et coordonner la mise en œuvre de la politique qualité en organisant le système de management de la qualité.

Il est consulté lors des choix, des projets, des activités de l'établissement dès lors qu'ils ont un impact sur les éléments du système de management de la Qualité.

Il développe et coordonne la mise en œuvre des procédures relatives à la gestion des risques. Il est en relation avec les usagers, notamment en cas de réclamations ou plaintes.

Il est le garant de la bonne organisation de la certification H.A.S. de l'établissement, en collaboration avec la Gouvernance.

3.3.1.3 Praticiens contractuels

Les praticiens contractuels assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement, de soins d'urgence dispensés par les établissements publics de santé. Ils participent aux tâches de gestion qu'impliquent leurs fonctions.
Le praticien contractuel exerçant à temps plein s'engage à consacrer la totalité de son activité professionnelle au service de l'établissement employeur.
L'exercice d'une activité privée lucrative à l'extérieur de l'établissement ne doit pas mettre en cause le bon fonctionnement des services ni nuire à l'accomplissement des missions confiées au praticien.

Le praticien contractuel est recruté par le Directeur d'Établissement après avis du Président de la CME et du Chef de Pôle. Il peut exercer son activité dans plusieurs établissements, au sein du GHT ou pour favoriser le développement de la mise en réseau d'établissements de santé.
Le service hebdomadaire des Patriciens Contractuels exerçant à temps plein est fixé à 10 demi-journées.

3.3.1.4 Les Assistants des hôpitaux

Document associé : SUPGRH–FT001 – Assistant des Hôpitaux ;

Les Assistants des hôpitaux de médecine générale ou de spécialité consacrent leur plein temps au C.H. Ils sont nommés par le Directeur, après avis du Chef de Pôle, dans le cadre d'un contrat d'une durée maximale de six ans prévue par les textes.
Ils participent au même titre que les praticiens au fonctionnement médical de l'établissement et à la permanence des soins.

3.3.1.5 Les Internes, résidents, faisant-fonction d'interne (FFI), stagiaires associés

Document associé : SUPGRH-FT031 – Fiche de poste Interne des hôpitaux de médecine générale ou de spécialité.

Les internes, résidents, FFI ou stagiaires associés remplissent leurs fonctions sous l'autorité du responsable de service. Leurs obligations normales de jour sont de 10 demi-journées par semaine. Les internes, résidents, FFI bénéficient d'autorisations d'absence dans le cadre de leur formation.
Les stagiaires associés sans être spécifiquement recrutés en qualité de FFI bénéficient via une convention de coopération internationale dédiée du statut de FFI.
Les internes, résidents, FFI, stagiaires associés affectés dans les services participent à la visite et à la contre-visite des patients. Ils participent à la permanence des soins et dispensent les soins dont

Document approuvé

l'urgence ne permet pas d'attendre la venue du responsable de service ou de l'un de ses collaborateurs, docteurs en médecine. Ils participent aux bilans d'entrée du patient.
En aucun cas, l'interne, le résident, le FFI d'interne ou le stagiaire associé ne doit se décharger de ses fonctions sur les hospitaliers présents.

3.3.2 Les attributions des personnels hospitaliers

Le tableau des effectifs est notifié tous les ans dans l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et est approuvé par l'ARS. Il indique ainsi le nombre de postes financés pour l'ensemble des effectifs du C.H. d'Uriage, médicaux et non médicaux.
Chaque demande de création de poste ou de modification de poste doit être argumentée en fonction de l'augmentation ou du changement de l'activité, puis validée l'ARS.
De plus la composition de l'équipe pluridisciplinaire de soins doit être conforme aux dispositions particulières citées au paragraphe 4 de l'article 1 du Décret n° 2022-25 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation.

3.4 L'organisation et permanence des soins

L'organisation médicale de la permanence des soins doit permettre la prise en charge continue de tous les patients la nuit, le samedi, le dimanche et les jours fériés.
Régie par l'arrêté du 30 avril 2003 modifié relatif à l'organisation à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé, cette organisation est définie de telle sorte :

- Soit par une astreinte médicale : elle est organisée, dans les activités qui peuvent donner lieu régulièrement à des appels, impliquant l'obligation pour le praticien d'être joint en permanence (à son domicile ou dans un lieu de son choix) afin de répondre à tout appel et de pouvoir intervenir dans les plus brefs délais ;
- Soit par un déplacement exceptionnel.

3.4.1 Le code de déontologie

3.4.1.1 Pour chaque agent

Conformément aux dispositions légales en vigueur, chaque agent doit s'assurer de son inscription au tableau de l'ordre professionnel s'il en relève. Il a l'obligation de respecter les règles déontologiques de son ordre s'il en a un ainsi que les Chartes du patient hospitalisé, de Bientraitance du Patient, Romain Jacob, et de Laïcité. Il doit également veiller à l'enregistrement de son ou ses diplômes auprès des autorités sanitaires et notamment si sa profession n'est pas dotée d'une structure ordinale.

3.4.1.2 Les cas des Praticiens Hospitaliers

Le praticien doit soigner avec la même conscience tous ses patients, quels que soient leur condition, leur nationalité, leur religion, leur réputation et les sentiments qu'ils lui inspirent.
Le praticien est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance et il ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. Il a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances.

3.4.2 L'organisation des prises en charge médicales et soignantes et leur mission

Le fonctionnement médical du C.H. d'Uriage est organisé de la façon suivante : un seul Chef de Pôle est responsable de l'ensemble du fonctionnement médical de l'établissement.

Le Chef de Pôle organise le fonctionnement technique du service et propose les orientations médicales dans le respect de la responsabilité médicale de chaque praticien. Il est assisté par le Cadre Supérieur de Santé.

L'organisation des services est la suivante :

3.4.2.1 La Médecine Rhumatologique (MCO)

Document associé : PECPAP-P007 - Médecine Rhumatologique : Prise en charge générale

Document approuvé

Le C.H. d'Uriage prend en charge en hospitalisation complète des patients présentant des pathologies rhumatologiques aigues ou chroniques :

- Pathologies rachidiennes : lombalgie, lombosciatique, cervicalgie, scoliose ;
- Pathologies articulaires et péri-articulaires : arthrose, arthrites microcristallines (goutte, chondrocalcinose), rhumatismes inflammatoires (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite) ;
- Pathologies infectieuses articulaires ou rachidiennes ;
- Ostéoporose.

Après un bilan médical, un traitement adapté sera proposé et un projet de soins personnalisé sera défini avec le patient. D'autres professionnels de santé pourront intervenir selon les besoins.
Le séjour en médecine peut se poursuivre, lorsque cela est nécessaire, par une prise en charge en soins médicaux et de réadaptation (SMR).

3.4.2.2 Les Soins Médicaux et Réadaptation (SMR)

Document associé : PECPAP-P008 - Soins de Suite et Réadaptation : Prise en charge générale

Il s'agit de soins de rééducation impliquant différents professionnels : Kinésithérapeutes, Ergothérapeutes et Enseignants en Activités Physiques Adaptées, Assistant Social.
Ces soins s'organisent soit :

- En hospitalisation complète après une prise en charge en médecine au C.H. d'Uriage, ou en postopératoire après un séjour dans un autre établissement : prothèse totale de hanche et de genou, chirurgie rachidienne ;
- En hospitalisation à temps partiel (H.T.P) pour les patients dont l'autonomie est suffisante pour rester à domicile. La distance hôpital /domicile doit être compatible avec la prise en charge.

3.4.2.3 La prise en charge de la douleur chronique

L'établissement est reconnu comme centre consultation de la prise en charge de la douleur chronique rhumatologique depuis 2011 et renouvelé.

Elle s'intègre dans le projet de soin personnalisé. Dans ce cadre, les patients peuvent bénéficier d'une approche pluri-professionnelle : kinésithérapeutes, ergothérapeutes, EAPA, psychologues, assistant social, infirmier ressource douleur, médecins spécialistes en rhumatologie, M.P.R. (Médecine Physique et Réadaptation) et psychiatre. Cette prise en charge transversale et complète permet un accompagnement optimal du patient douloureux.

Différentes approches thérapeutiques peuvent être proposées sur prescription comme :

- Réadaptation À L'Effort (RAE) pour les patients lombalgiques chroniques ;
- Rééducation sensitive ;
- Éducation thérapeutique (outil Kit Kad) ;
- Application de patch à la capsaïcine ;
- TENS ou neurostimulation antalgique ;
- Méditation pleine conscience ;
- Cohérence cardiaque ;
- Training autogène de Schultz…

3.4.2.4 Les consultations et actes

Un planning des consultations est établi et géré par le secrétariat médical et les médecins.

- Consultations : Rhumatologie, Médecine Physique de Réadaptation, Douleur Chronique, Santé mentale et Nutrition.
- Entretiens dans le cadre de la douleur chronique rhumatologique : Infirmier ressource douleur, psychologue, psychiatre, assistant social, diététicien.

Document approuvé

- Actes : Gestes radio ou écho-guidés du rachis et ostéo-articulaire, échographie ostéo-articulaire, densitométrie osseuse, petit appareillage des membres supérieur (attelles thermoformées), apprentissage de la neurostimulation transcutanée (TENS).

3.4.3 Le Projet Médical

Le Chef de Pôle et le Président de la C.M.E. élaborent un projet médical qui prévoit l'organisation générale, l'orientation d'activité, ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité des soins. Tous les ans, un rapport d'activité et d'évaluation précise l'état d'avancement du projet et comporte une évaluation de la qualité des soins. Ce rapport est remis au Directeur.

3.4.4 Le service de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques

Au sein du C.H. d'Uriage, il regroupe l'ensemble des personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques (Cadres de Santé, infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, manipulateur en radiologie, aides-soignants, préparateurs en pharmacie, etc.).

Il est dirigé par le Cadre Supérieur de Santé, Faisant Fonction de coordonnateur de Soins. L'organisation des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques est sous la responsabilité du Cadre Supérieur de Santé en collaboration étroite avec les Cadres de Santé. Leurs mises en œuvre sont coordonnées par les Cadres de Santé, au sein du secteur dont ils ont la charge.
Ainsi, ils en assurent l'animation et la gestion. Ils participent également à l'encadrement et à la gestion des personnels concernés.

Le **Cadre de Santé paramédical** met en œuvre la politique des soins et les activités paramédicales. Il optimise les prestations de soins dans une optique de qualité et de gestion des risques associés aux soins. Il assure la coordination générale des activités et des équipes dont il a la responsabilité.

Le **psychologue** réalise l'approche psychosomatique de la douleur chronique dans le cadre de la pluridisciplinarité. Il contribue à la détermination, à l'indication et à la réalisation d'actions préventives, curatives et collabore à des projets thérapeutiques ou éducatifs individuels ou collectifs.

Les **infirmiers** accomplissent les actes professionnels relevant de leur compétence décrite dans le code de la santé publique, Art R 4311-1 à R 4312-92. Ils sont donc chargés de l'analyse, l'organisation, la réalisation et l'évaluation des soins infirmiers. Dans ce cadre, ils mettent en œuvre les soins nécessaires au maintien, à la restauration, à la promotion de la santé physique et mentale de la personne.

Les **aides-soignants** sous la responsabilité des infirmiers veillent à l'hygiène et au confort physique et moral des patients. Ils maintiennent ou restaurent l'autonomie de la personne dans les actes de la vie quotidienne. Ils veillent à l'installation et à la mobilisation des patients et communiquent avec eux et leur entourage dans le cadre d'une relation d'aide.

Les **masseurs-kinésithérapeutes** accomplissent les actes professionnels relevant de leur compétence décrite dans le code de la santé publique, Art L 4321-1 à L 4323-6. Ils sont donc chargés de la prise en charge des troubles du mouvement et de la motricité de la personne, de ses déficiences ou altérations de ses capacités fonctionnelles. Ils sont habilités à utiliser les savoirs disciplinaires ou savoir-faire associés d'éducation ou de rééducation qu'ils estiment le plus adapté à la situation et à la personne.

Les **ergothérapeutes** accomplissent les actes professionnels relevant de leur compétence décrite dans le code de la santé publique, Art R 4331-1 à R 4331-18. Ils contribuent aux traitements des déficiences, des disfonctionnements, des incapacités ou des handicaps de nature somatique, psychique, ou intellectuelle pour permettre aux patients de maintenir, de récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle.

Document approuvé

Les **Enseignants en Activité Physique Adaptée** (EAPA) interviennent auprès des personnes, en groupe ou de façon individuelle, dont les aptitudes physiques, psychologiques ou sociales, réduisent leur niveau d'activité et leur participation sociale. Les EAPA réalisent des prises en charges en collaboration avec les autres professionnels de santé en optimisant les capacités physiques et sportives du patient.

Le **Diététicien** accomplit les actes professionnels relevant de leur compétence décrite dans le code de la santé publique, Art L 4371-1 à L 4371-9. Il dispense des conseils nutritionnels, participe à l'éducation et à la rééducation nutritionnelle des patients en établissant un bilan diététique personnalisé ainsi que le suivi. Il contribue à la définition, à l'évaluation et au contrôle de la qualité de l'alimentation servie au C.H. d'Uriage.

Le **manipulateur en radiologie** accomplit les actes professionnels relevant de leur compétence décrite dans le code de la santé publique, Art R 4351-1 à R 4351-29. Il contribue à la réalisation des examens nécessaire à l'établissement d'un diagnostic mettant en œuvre les rayonnements ionisants et autres sous la responsabilité du médecin. Il intervient dans les domaines de l'imagerie médicale et les explorations fonctionnelles.

Le **préparateur en pharmacie** accomplit les actes professionnels relevant de leur compétence décrite dans le code de la santé publique, L.4211-1 à L.4244-2. Il travaille sous la responsabilité du pharmacien. Il a en charge la préparation des prescriptions médicales dans le strict respect des posologies. Il gère les stocks des médicaments et des dispositifs médicaux stériles.

L'**assistant du service Social** propose aux patients des interventions sociales en vue d'améliorer, par une approche globale et d'accompagnement, des conditions de vie des personnes et des familles. Il contribue à développer les capacités propres des patients, à maintenir ou restaurer leur autonomie et faciliter leur place dans la société. Il mène avec eux toute action susceptible de prévenir ou de surmonter leurs difficultés.

Les **agents des services hospitaliers** (ASH) accomplissent des tâches d'entretien et d'hygiène des locaux de soins. Ils participent aux actions permettant d'assurer le confort et la sécurité des patients en collaboration avec l'équipe de soins et en veillant au bien-être des usagers.

Les fiches de poste spécifiques sont disponibles dans la base documentaire de l'établissement.

3.4.5 La coordination des soins

Tous les professionnels du C.H. d'Uriage concourent à la prise en charge des soins, chacun avec leurs qualifications et compétences. L'activité des professionnels hospitaliers est organisée de façon coordonnée en tenant compte des besoins des patients, que ces besoins soient ou non exprimés explicitement. Lorsque plusieurs professionnels collaborent à l'examen ou au traitement d'un patient, ils doivent se tenir mutuellement informés. Chacun des professionnels assume ses responsabilités propres et veille à l'information du patient.

3.4.6 L'astreinte opérationnelle et l'astreinte de sécurité – Permanence des soins

Cette permanence a pour objet d'assurer pendant chaque nuit, pendant les week-ends ou des jours fériés, la sécurité des patients hospitalisés.

Cette permanence couvre l'ensemble de la semaine du lundi 0 heure au dimanche 24 heures. Le tableau des astreintes opérationnelles et de sécurité est élaboré et diffusé par le Chef de Pôle, porté à la connaissance du Directeur et affiché dans les offices infirmiers.

Un protocole d'accord est en vigueur et réactualisé suivant les évolutions de la réglementation qui définit l'organisation et les indemnisations des médecins participant à la permanence des soins.

Astreinte opérationnelle : au C.H. d'Uriage, les astreintes opérationnelles sont réalisées par les assistants des hôpitaux, les stagiaires associés, les internes. Ces astreintes peuvent donner lieu régulièrement à des appels et des interventions sur place.

Document approuvé

Astreinte de sécurité : au C.H. d'Uriage, les astreintes de sécurité sont réalisées par les médecins séniors, les assistants des hôpitaux. Ces astreintes peuvent donner lieu à des appels peu fréquents et ne pas nécessiter obligatoirement des déplacements.

3.4.7 Le Département d'Information Médicale

Le Département d'Information Médicale (D.I.M.) est chargé de la gestion des données médicales au sein de l'établissement dans le cadre du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI).

Le D.I.M. a notamment pour mission de procéder à l'extraction, au traitement d'anonymisation, à l'analyse et à l'envoi des informations médicales produites par les services hospitaliers dans le cadre du programme de radicalisation du système d'information.

Il veille à la qualité des informations transmises pour refléter au plus près l'activité de l'établissement. Il met également en œuvre l'ensemble des actions de promotion, d'information et de conseil utiles à cette réalisation.

Au C.H. d'Uriage, le D.I.M. est composé de 2 praticiens hospitaliers et de 2 assistants médico-administratifs.

3.4.8 La Pharmacie à Usage Intérieur

La Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) est chargée de répondre aux besoins pharmaceutiques de l'établissement. Elle a pour mission notamment la gestion, l'approvisionnement, la vérification des dispositifs de sécurité, la préparation, le contrôle, la détention, l'évaluation et la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux.

La PUI est également chargée de mener des actions de pharmacie clinique (analyse et validation des ordonnances, conseils de bon usage) et de dispensation nominative.

Sa gérance est assurée par un pharmacien nommé comme chef de service. Il est responsable du respect des dispositions réglementaires ayant trait à l'activité pharmaceutique.

Les pharmaciens se font aider par des préparateurs en pharmacie hospitalière.

3.5 Les dispositifs de vigilance, de qualité et gestion des risques

Documents associés : MANQGR-P002 – Composition et missions des instances Qualité

Les mesures nécessaires sont prises par la Direction pour assurer la sécurité et protéger la santé des patients et des personnels fréquentant le C.H. d'Uriage.

En ce sens, ces dispositifs sont définis et mis en œuvre avec le concours et l'avis des services et Instances concernés, ce sur une base d'évaluation des risques et dans le respect du cadre législatif et réglementaire concernant les divers aspects de la sécurité du fonctionnement de l'hôpital.

Les dispositifs de gestion de la qualité et des risques sont les différentes sous-commissions de la C.M.E. Les dispositifs de vigilance couvrent les dispositifs nationaux de vigilance sanitaire.

3.5.1 La Qualité et Gestion des risques liés aux soins

3.5.1.1 La Politique Qualité

Document associé : PECIPA-FT010 – Politique Qualité

La définition de la Politique Qualité et sécurité des soins relève de la décision conjointe du Directeur et du Président de la C.M.E. Cette politique est soumise à l'avis du Conseil de Surveillance.

Affichée dans l'établissement, elle décrit l'engagement de la Direction et les objectifs visant à l'amélioration de la Qualité. La Direction et la Présidence de la Commission Médicale d'Établissement l'ont définie en 3 axes, selon des objectifs spécifiques :

- La Direction du C.H. d'Uriage et son engagement ;
- Le patient et son implication ;

Document approuvé

- Les équipes de soins et leurs pratiques.

Chacun de ces axes est décliné dans le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS).
Conformément à la règlementation, la C.M.E., avec le Service Qualité, en assurent la mise en œuvre.
Le Responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient (SMQ de la PCMP) a un rôle d'appui stratégique, de coordination et de gestion opérationnelle dans le domaine du médicament.

3.5.1.2 La démarche Qualité et Gestion des risques

Depuis plus de 25 ans, toutes les équipes du C.H. d'Uriage sont engagées dans une démarche d'amélioration continue de la Qualité et de la Sécurité des Soins. Elle vise à apporter les soins les plus appropriés à nos patients tout en assurant une prise en charge dans des conditions optimales de confort et de sécurité. Ceci notamment par une gestion des risques visant à prévenir et à traiter les évènements Indésirables associés aux soins.

3.5.1.3 Le signalement d'Incidents et Évènements Indésirables (E.I.)

Documents associés : MANQGR-P008 – Signalement et traitement des Évènements Indésirables (EI) ; MANQGR-FT015 – Charte d'incitation au signalement d'Évènement Indésirables

Le signalement des E.I., leur analyse et leur suivi contribuent à une gestion des risques structurée et une amélioration de la qualité des soins.

Chaque acteur hospitalier signale un E.I. lorsqu'il en est témoin ou acteur, ou de signaler toute information sur ce dernier, spontanément et sans délai.

La Direction s'engage à ce que l'établissement n'entame pas de procédure disciplinaire à l'encontre d'un agent qui aura, spontanément et sans délai, révélé un manquement aux règles de sécurité dans lequel il est impliqué et dont l'établissement n'aurait pas eu connaissance autrement. Ce principe ne peut s'appliquer en cas de manquement délibéré ou répété aux règles de sécurité. Ces éléments sont cités dans la *Charte d'incitation au signalement d'E.I.* diffusée auprès de tous les professionnels.

La procédure citée définit les E.I. et E.I.A.S. ainsi que les échelles permettant leur cotation et leur qualification.

Le signalement se fait par un formulaire accessible *via* le logiciel Qualité. Le déclarant s'identifie avec les mêmes données que pour sa session informatique.
Chaque E.I. reçu par le Service Qualité est traité par la COQUA.

3.5.2 Le Comité de Pilotage de la Qualité (COPIL)

Cette Instance assure le pilotage stratégique de la qualité et de la sécurité des soins.
En période de préparation à la Certification HAS, le COPIL devient « COPIL Certification » et s'élargit à d'autres participants dont les Représentants des Usagers.

3.5.2.1 Composition

Le Directeur - Le Président de la CME - Le Chef de Pôle - Le Responsable Qualité et coordonnateur de la gestion des risques - Le Cadre Supérieur de Santé.
Dans le cadre du COPIL Certification, sont également conviés le pharmacien et les Représentants des Usagers.

Document approuvé

3.5.2.2 Missions

- Rédiger la politique Qualité qui donne les orientations en accord avec les autorités. Ce document doit être régulièrement réactualisé et diffusé ;
- Conduire le projet Qualité et gestion des risques ;
- Valider et évaluer le plan d'actions d'amélioration de la Qualité ;
- Assurer la veille règlementaire ;
- Communiquer sur l'avancement de la démarche ;
- Superviser les actions s'inscrivant dans le cadre de la préparation de la Certification HAS.

3.5.2.3 Fonctionnement

Les réunions se font au rythme minimum de 1 à 3 par an. Le compte-rendu est rédigé par le Responsable Qualité, validé par le Directeur et le Président de la C.M.E.

3.5.3 La Commission Qualité (C.O.Q.U.A), analyses approfondies et CREX

Documents associés : MANQGR-P005 – Comité de Retour d'Expérience (CREX)

3.5.3.1 La COmmission QUAlité (COQUA) :

Composition :

Le Responsable Qualité et coordonnateur de la gestion des risques - Le pharmacien, responsable du SMQ de la PCMP - Le Président de la C.M.E. - Les Cadres de Santé – Le Cadre Supérieur de Santé.

Missions :

Cette Instance assure le pilotage opérationnel de la Qualité au sein du C.H. d'Uriage :

- Mettre en œuvre la gestion des risques :
  - Recueil et traitement des EI ;
  - Proposition d'actions d'amélioration et éventuellement organisation d'une analyse approfondie ;
  - Suivi du plan d'actions ;
  - Promotion de la culture sécurité.
- Analyser les questionnaires de satisfaction des patients,
- Contribuer à la mise en place de la politique d'évaluation,
- Communiquer et informer.

Fonctionnement :

La Commission Qualité est hebdomadaire et peut consulter différents professionnels de l'établissement, correspondants Qualité au besoin. Elle qualifie, cote la criticité des EI reçus et retenus.

Un plan d'action peut être décidé par la COQUA qui le formalise dans le logiciel de la Qualité. Le pilote de l'action et le délai de réalisation sont précisés et ce dernier est averti de l'action à mener. Le compte rendu est diffusé à l'ensemble du C.H. à l'issue de chaque réunion.

3.5.3.2 Le Comité de Retour d'Expérience (CREX)

Instance de décision et de pilotage qui a pour but de suivre les EI déclarés dans un secteur donné. Le CREX choisit un EI qui sera investigué de manière approfondie par un pilote.

La composition du CREX est validée par le Directeur de l'établissement, le Président de la C.M.E., et/ou le COPIL sur proposition de la COQUA. Une notification est rédigée par la Directrice de l'établissement.

La périodicité dépend du CREX lui-même.

Document approuvé

3.5.3.3 L'analyse approfondie

Il s'agit d'une analyse systémique d'un E.I. permettant la collecte des données, la reconstitution de la chronologie de l'évènement, l'identification des causes et facteurs contributifs de l'évènement, la proposition d'actions d'amélioration. Elle est décidée à l'initiative de la COQUA.
Pour réaliser cette analyse, un groupe est défini par la COQUA et/ou le pilote de l'analyse, indépendamment de tout CREX.
Les correspondants Qualité sont le relai pour communiquer les résultats de l'analyse à l'ensemble de leur service.

Il ne faut pas confondre CREX et analyse approfondie : le CREX désigne l'Instance trimestrielle décidant de l'organisation de l'analyse approfondie d'un E.I. ; l'analyse approfondie désigne la méthode d'investigation approfondie de cet E.I. 2 méthodes sont utilisées au C.H. : ORION et ALARM.
Tous les rapports d'analyse sont conservés par le Service Qualité.

3.5.4 La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (SSE)

La gestion des SSE et le Plan Blanc permettent de répondre aux situations de crise tels que l'afflux massif de patients ou de victimes d'un attentat, la survenue d'un évènement comportant un risque nucléaire, radiologique, biologique et chimique ainsi qu'aux situations où le fonctionnement normal de l'établissement est compromis (canicule, population évacuée ou sinistrée pour cause d'inondations, éboulements, tempête de neige…).
En tant que nécessaire et selon les dispositions règlementaires et applicables et dans le cadre du GHT Alpes Dauphiné, le C.H. d'Uriage définit d'autres plans d'urgence et de secours.

3.5.5 La Cellule d'Identitovigilance

Documents associés : PECIPA-P002 – Fonctionnement de la cellule d'identitovigilance ; PECIPA-P003 – Organisation de l'identitovigilance ; PECIPA-M001 – Pose d'un bracelet d'identification et contrôle de sa présence ; PECIPA-P001 – Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge.
La Cellule d'Identitovigilance est chargée d'identifier et d'analyser les erreurs d'identité et de mettre en place un plan de prévention et de réduction des risques.
Elle s'assure du respect de l'application de la politique et des règles d'identification du patient et l'évalue annuellement.
Elle se réunit une fois par trimestre et des réunions ponctuelles supplémentaires peuvent être organisées en fonction de la demande (fiche d'évènement indésirable grave ; travail d'évaluation ; CREX ; problème ponctuel…).

Elle est composée du :

- Cadre Supérieur de Santé, qui coordonne la cellule ;
- Responsable Qualité et Gestion des Risques ;
- Un représentant du D.I.M ;
- Responsable du Service Informatique ;
- Cadre de Soins Infirmiers ;
- Cadre des Admissions et secrétariat des consultations ;
- Cadre Administratif.

Elle met en œuvre :

- La politique d'Identitovigilance du C.H. d'Uriage ;
- Les règles de gestion concernant les différents services de l'établissement ;
- Les procédures, fiches techniques et autres documents de consultation.

Document approuvé

Elle évalue :

- Les indicateurs Qualité (taux de fusion, fiches d'évènements indésirables...) ;
- La politique d'Identitovigilance : audit, évaluations internes/externes.

Elle sensibilise :

- Les professionnels ;
- Le patient à l'importance d'une bonne identification ;
- À des actions correctives (compléments formation …).

Elle accompagne :

- Au quotidien le bureau des entrées et le secrétariat des consultations ainsi que tous les autres services en charge de l'identification pour le traitement et le suivi des anomalies ;
- En gérant les problèmes liés aux actions d'identification du patient ;
- En mettant en place un programme de gestion des problèmes liés à l'identification en lien avec les services des admissions et des entrées ;
- En transmettant les informations nécessaires aux autres domaines d'identification pour réaliser des rapprochements d'identité (mise à jour, fusions, modifications, éclatements).

Elle alerte sur les éventuels dysfonctionnements dans la mise en œuvre de la politique d'identification.

3.5.6 Le correspondant local de Matériovigilance

Document associé : MANQGR-P009 Organisation de la matériovigilance – MANQGR-P017 Vigilances sanitaires

La matériovigilance a pour objectif d'éviter que ne se (re)produisent des incidents et risques d'incidents graves mettant en cause des dispositifs médicaux (DM).

Il existe deux niveaux de matériovigilances :

- *Niveau national* : l'unité de Matériovigilance de l'ANSM émet des alertes et le correspondant local de matériovigilance regarde si l'établissement est concerné. Si oui le correspondant local de matériovigilance mène les actions correctives nécessaire en rapport avec l'alerte ;
- *Niveau local* : le correspondant local de matériovigilance est alerté d'un disfonctionnement en rapport avec un dispositif médical. Il mène des actions correctives au niveau de l'établissement puis en informe l'ANSM et le laboratoire producteur.

3.5.7 Le correspondant local de Pharmacovigilance

Document associé : PECMED-P017 : Organisation de la Pharmacovigilance - MANQGR-P017 Vigilances sanitaires

La pharmacovigilance a pour objet la surveillance des médicaments et la prévention du risque d'effet indésirable résultant de leur utilisation, que ce risque soit potentiel ou avéré. Elle consiste à recueillir des informations utiles à la surveillance des médicaments et des informations sur les effets indésirables présumés.

Il est obligatoire pour tout professionnel de santé (médecin, pharmacien, infirmière, etc.…) ayant constaté un effet indésirable susceptible d'être dû à un médicament, qu'il l'ait ou non prescrit. Le signalement doit être immédiat si l'effet indésirable est grave ou inattendu.

Le correspondant local de Pharmacovigilance mène deux actions :

- Informer les prescripteurs des nouveaux effets indésirables et informations de sécurité à propos des médicaments émanant de l'ANSM ;
- Déclarer au Centre Régional de Pharmacovigilance tous effets indésirables inattendus lors de l'utilisation d'un médicament.

3.5.8 Le correspondant local d'Infectiovigilance

Document associé : MANQGR-P017 Vigilances sanitaires

L'**infectiovigilance** concerne les risques d'infections nosocomiales liées aux soins, qui peuvent atteindre les patients comme les professionnels de santé. Elle est coordonnée par les Instances nationales (HAS) et régionales (ARS).

Document approuvé

Tout professionnel de santé doit signaler un risque infectieux.

Le correspondant local d'Infectiovigilance mène :

- Des actions d'information et de formation sur le risque infectieux ;
- Des actions d'évaluation ;
- Des programmes spécifiques de maîtrise du risque infectieux ;
- La surveillance des infections associées aux soins/de l'environnement du patient ;
- La veille et l'alerte autour des bactéries multi résistantes, des infections hautement transmissibles et des bactéries émergentes ;
- Des enquêtes annuelles de prévalence des infections nosocomiales.

3.6 Les systèmes d'information et communication

3.6.1 Les systèmes d'information

3.6.1.1 La politique de sécurité du système d'information

Document associé : SUPGSI-FT001 – Politique du système d'information.

Elle s'applique à tous les personnels de l'établissement. Elle traduit la reconnaissance formelle de l'importance accordée par la Direction du C.H. d'Uriage à la sécurité de son système d'information, indispensable au bon fonctionnement de son organisation. Le système d'information est géré par le Service Informatique et le Service de Département d'Information Médicale. Tous les intervenants du service D.I.M. ont accès à toutes les informations sur le patient. Les applications gérant le PMSI ne sont accessibles qu'à cette équipe. La partition K n'est accessible qu'au médecin D.I.M.
Il appartient au Service Informatique, en collaboration avec la Direction, de prendre les mesures jugées nécessaires à la protection de son système d'information (mesures de prévention, de détection et de réparation), afin de se protéger contre les menaces redoutées, qu'elles soient accidentelles ou intentionnelles.
Il faut rappeler que dans de nombreux cas, les accidents de toute nature peuvent avoir pour cause des erreurs ou malveillances commises dans l'utilisation du système d'information.

La liste des altérations spécifiques à la sécurité comprend habituellement, sans y être limitée : le déni d'accès à une information ou une fonction (perte de disponibilité) ; le dommage provoqué à une information ou une fonction par une modification non autorisée (perte d'intégrité) ; la divulgation nuisible d'une information ou fonction à des destinataires non autorisés (perte de confidentialité).

La Politique de Sécurité du Système d'Information vise en particulier à protéger :

- Le patrimoine matériel composé : des biens matériels nécessaires (serveurs, réseau, postes de travail, téléphonie...) au fonctionnement du système d'information et dont la détérioration pourrait interrompre, diminuer ou altérer son activité ; des procédures et applications logicielles traduisant les processus et les fonctions métiers de l'établissement ;
- Le patrimoine immatériel et intellectuel composé de toutes les informations concourant au métier du C.H. d'Uriage (données médicales, techniques, professionnelles, administratives…) ;
- Les informations relatives aux personnes (physiques et morales) avec qui l'organisme est en relation, dont la destruction, l'altération, l'indisponibilité ou la divulgation pourrait porter atteinte à l'état de santé voire entraîner des pertes de données ou des poursuites judiciaires.

L'établissement utilise le logiciel dédié pour gérer les demandes de dépannage mais également d'évolution des logiciels ou des pratiques.

L'usage des clés USB est interdit sur les équipements de l'établissement (cf. Charte informatique).

Document approuvé

Pour les consultants extérieurs ou exceptions à cette règle, les utilisateurs doivent prendre contact avec le service informatique qui se charge depuis un poste sécurisé d'extraire les documents et de les mettre dans le dossier adéquat.

Le Service Informatique crée le compte utilisateur (voire boîte mail) à partir du tableau des nouveaux arrivants ou stagiaires. Les personnels recrutés à long terme doivent changer leur mot de passe par l'outil mis en place par le Service Informatique.

Les droits d'accès aux dossiers peuvent être changés après demande par le logiciel dédié ou mail au Service Informatique, en accord avec le Cadre et/ou la Direction.

Le Service Qualité ouvre les droits d'accès au logiciel Qualité une fois par mois.

3.6.1.2 La charte informatique

Document associé : SUPGSI-FT002 – La charte informatique

Elle définit les règles d'utilisation des moyens informatiques mis à disposition de l'ensemble des personnels du C.H. :

- Les conditions d'accès de l'utilisateur ;
- Les règles de confidentialité des informations ;
- Les règles de sécurité ;
- Les obligations relatives à la propriété des logiciels et des œuvres protégées par le droit d'auteur ;
- Les obligations relatives aux données nominatives ;
- Les conditions d'accès aux ressources informatiques et services Internet ;
- L'utilisation personnelle de la messagerie.

Elle est remise à tout personnel en activité en même temps que sa clé d'établissement. La charte est remise à tout nouvel arrivant par le Service RH. Ce document est accessible dans la Gestion Électronique Documentaire du logiciel qualité.

Elle s'applique et concerne l'ensemble des personnels mais aussi les nouveaux arrivants, stagiaires, prestataires et fournisseurs de l'établissement qui utilise les moyens informatiques du C.H. d'Uriage que ce soit sur place ou par des accès à distance. Le non-respect d'une de ces règles est susceptible d'entraîner des mesures disciplinaires internes voire, en cas de violation d'un texte législatif ou réglementaire, des poursuites judiciaires.

3.6.2 La communication

La communication interne et externe est sous la responsabilité du Directeur.
Les outils utilisés sont le site Internet, des téléviseurs installés à l'accueil et dans la cafétéria des patients et tout autre moyen de diffusion d'informations (flyers, affiches…).

3.6.2.1 Le site internet

Le C.H. d'Uriage dispose d'un site internet permettant de communiquer sur ses prises en charge et son mode de fonctionnement : https://www.ch-uriage.com/.
Il est également à disposition pour consulter et/ou télécharger divers documents.

3.6.2.2 Déploiement de la politique de communication

Le Directeur, garant de la politique de communication de l'établissement, pilote la cellule de Communication composée du Cadre Administratif et du Responsable Qualité.
La cellule peut s'appuyer sur des groupes de travail axés sur des thématiques ciblées : exemples : affichage, signalétique...

Document approuvé

4 Les dispositions relatives aux Usagers

Document associé : PECDIP-P008 – Politique des droits des patients au CHRU

4.1 Les admissions

Au C.H. d'Uriage, on parle d'admission pour : les hospitalisations complètes (MCO), les hospitalisations complètes en SMR, les hospitalisations à temps partiel (hôpitaux de jour), les réadaptations à l'effort (RAE), les biothérapies et les poses de dispositifs médicaux. Dans ce cas, l'admissions se fait en 2 temps :

- Validation médicale des demandes par le médecin sénior ;
- Validation par la Commission d'Admission, en charge de la gestion prévisionnelle des entrées et des sorties.

Après validation de la Commission d'Admission, la secrétaire médicale appelle les patients pour leur proposer une date d'hospitalisation.

L'établissement compte 3 types de demandes d'admissions :

- Hospitalisation post-consultation : sur demande externe ou interne,
- Demande en utilisant le logiciel Via Trajectoire MCO,
- Demande en utilisant le logiciel Via Trajectoire SMR.

4.1.1 Les demandes et modalités d'admission

Les patients sont accueillis au C.H. d'Uriage par le Bureau des Entrées de 8h30 à 16h30, du lundi au vendredi, sauf jours fériés.

Toute admission ouvre un dossier administratif comprenant les informations relatives à l'identité du patient et aux conditions de sa prise en charge. Dans ce but, le patient/son représentant, doit se présenter au Bureau des Entrées avec :

- Sa pièce d'identité (passeport, titre de séjour, carte de résident, Carte d'Identité Nationale),
- Sa carte vitale ou attestation d'ouverture de ses droits auprès d'un organisme d'assurance maladie,
- Son attestation d'un organisme tiers-payeur (mutuelle, collectivité publique, organisme étranger) qui assure la prise en charge de son ticket modérateur et de son forfait hospitalier.

Si le patient ne peut présenter ni carte vitale ni justificatif pour l'ouverture de ses droits, il sera admis mais devra régler ses frais de santé. Dans tous les cas, si aucun droit n'est ouvert, le médecin et les admissions sont prévenus pour une orientation rapide vers un Assistant Social pour que le patient acquiert ou rétablisse sa couverture sociale.

4.1.1.1 L'admission post-consultation

À la suite d'une consultation dans notre établissement, le médecin ayant reçu le patient peut renseigner la fiche d'hospitalisation papier et la transmettre au secrétariat médical référent.

Celui-ci la transmet ensuite au Service des Admissions.

Puis le médecin ou le secrétariat des consultations oriente le patient vers le Bureau des Entrées si une demande d'hospitalisation est programmée. Il devra y retirer un livret d'accueil avec la demande de chambre individuelle.

4.1.1.2 L'admission sur demande externe ou demande Via Trajectoire M.C.O.

Les médecins libéraux ou hospitaliers peuvent envoyer des demandes d'admissions par mail ou par fax au Service Admissions du C.H. d'Uriage, au secrétariat des affaires générales ou par courrier à un médecin de l'établissement. Cette demande sera validée ou non par le médecin d'astreinte et la Commission d'Admissions. Des demandes d'hospitalisation en médecine peuvent également se faire par la plateforme Via Trajectoire.

Document approuvé

Ces demandes sont classées après 3 appels sans réponse ou sur acceptation du patient. En cas de refus d'admission, le Cadre des Admissions envoie une lettre au médecin traitant ou au spécialiste à l'origine de la demande afin de les informer du motif de la non-admission.

4.1.1.3 L'admission Via Trajectoire S.M.R.

La demande d'admission se fait par envoi de la fiche Trajectoire, précisant tous les renseignements nécessaires à l'hospitalisation post-opératoire. Elle est uniquement validée par le Cadre des Admissions. C'est ce dernier qui est en charge des demandes d'informations médicales complémentaires au besoin.

4.1.1.4 L'admission en urgence

La cellule de Gestion des lits du CHUGA est en lien avec le Cadre des Admissions du C.H. d'Uriage pour connaître les disponibilités ou possibilités de lits disponibles dans l'établissement. S'enclenchent ensuite les mêmes procédures que pour une admission classique.

L'admission en urgence est validée par les médecins du C.H. d'Uriage et le Cadre des Admissions, en fonction de l'état de santé du patient.

4.1.2 Les dispositions particulières à certains usagers

4.1.2.1 Les militaires

En accord avec le texte de l'article L212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre (CPMIVG), la gratuité des soins est due pour ceux liés à la blessure/maladie ayant entraîné le versement d'une pension d'invalidité militaire.
Pour faire valoir la gratuité à leurs soins médicaux, les pensionnés doivent présenter leur carnet de soins gratuits. Ce dernier couvre les hospitalisations et les dépenses de santé médicales, paramédicales et de pharmacie, liés à la blessure/maladie ayant entraîné le versement d'une pension d'invalidité militaire. Ainsi, la personne bénéficiaire est exonérée du forfait journalier. Les soins occasionnés par la ou les infirmités pensionnées sont pris en charge à 100% du tarif interministériel des prestations sanitaires selon le régime du tiers payant (aucune somme d'argent à avancer).

Dans le cas où les soins ne seraient pas en rapport avec les maladies, infirmités, blessures de guerre, les bénéficiaires restent exonérés du ticket modérateur mais doivent régler les franchises médicales et les dépassements s'il y en a. Ces frais peuvent être pris en charge par une complémentaire santé L212-1.

4.1.2.2 Les détenus

Au vu de l'organisation matérielle et fonctionnelle du C.H. d'Uriage, l'établissement se réserve le droit de refuser l'admission de détenus dans ses services.

4.1.3 Les accès au C.H. d'Uriage et l'accueil du patient

Document associé : PECPAP-P017 – Accueil du patient

L'accès au C.H. d'Uriage est réservé aux professionnels, aux usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs et à ceux qui sont appelés en raison de leurs fonctions. Les conditions matérielles d'accès pour ces catégories de personnes sont organisées par la Direction.
Si la situation le demande, des mesures restrictives nécessaires peuvent être prises dans l'intérêt général.

Ainsi, pour des raisons de sécurité, le Directeur peut également préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux. Lorsqu'elles concernent les non-personnels, les limitations ou les interdictions d'accès doivent être clairement affichées, avec mention explicite des risques courus et des responsabilités éventuelles.

Document approuvé

Toute personne n'étant ni un professionnel de l'établissement, ni un usager, ni un accompagnant, ni un visiteur ou personne appelée en raison de ses fonctions est subordonné à l'autorisation du Directeur. Il veille aussi à ce que ces personnes, dont la présence au CH d'Uriage est injustifiée, soient signalées, invitées à quitter les lieux et, au besoin, reconduites à la sortie de l'établissement.

Le C.H. d'Uriage possède une caméra de sécurité installée à l'entrée de l'établissement afin de combattre les incivilités et prévenir les risques auxquels sont exposés les patients et assurer leur protection. Une affiche est mise pour informer les patients, personnels et visiteurs de l'emplacement de la vidéosurveillance.

4.1.3.1 L'accueil administratif en Consultation

La prise de rendez-vous se fait par le biais du secrétariat des Consultations. De ce fait, elle n'est pas considérée comme une admission dans les services de soins. Dès son arrivée pour consultation, le patient doit se présenter au Secrétariat des Consultations avec ses pièces justificatives, ordonnances et lettre du médecin traitant, nécessaire dans le cadre du parcours coordonné.

L'assistant médico administratif établit le dossier à l'arrivée du patient, avec vérification de ses pièces d'identité et documents administratifs. Le patient est orienté en salle d'attente pour sa prise en charge, à l'issue de laquelle des ordonnances ou rendez-vous peuvent être remis.

Le dossier administratif est complété avec les prestations médicales. Si une demande d'hospitalisation est faite et que le patient souhaite une chambre individuelle, l'assistant médico-administratif oriente le patient au Bureau des Entrées. Il en va de même pour le règlement des honoraires, si besoin.

4.1.3.2 L'accueil administratif en hospitalisation

Hors urgences, l'accueil des patients hospitalisés se fait :

- Le matin à partir de 08h30,
- L'après-midi jusqu'à 16h00.

En cas d'arrivée après 16h00, l'hospitalisation pourra être refusée hors urgence et problème lié au transport.

L'agent du Bureau des Entrées établit le dossier à l'arrivée du patient, avec vérification et photocopie de ses pièces d'identité et documents administratifs. Cette identification doit être vérifiée avec le patient en lui faisant décliner oralement son identité et coordonnées.

Le patient transmet les coordonnées de la personne à prévenir pour saisie dans le logiciel administratif et transmission direct dans le logiciel de soins.

La non divulgation de sa présence dans l'établissement lui est proposée et, si souhaitée, un document spécifique sera donné à remplir. Cette information est transmise à l'hôtesse d'accueil et au service de soins infirmiers.

Le livret d'accueil est remis au patient.

- **Pour les patients hospitalisés à temps complet :** un bulletin d'hospitalisation et les étiquettes sont remis au patient ou aux ambulanciers. Ils transmettront ces documents à l'équipe de soins infirmiers. Ils sont orientés vers le bureau infirmier de l'étage où le service est informé de leur arrivé.

  L'ambulancier accompagnant un patient le fait jusqu'à l'unité de soin.
- **Pour les patients hospitalisés à temps partiel :** un badge leur est remis par l'agent du Bureau des Entrées. Ce badge est identifié (nom, prénom, nom de naissance, date de naissance). Le patient est pris en charge à l'accueil par les rééducateurs.

4.1.3.3 L'accueil par l'équipe de soins

Le patient est informé par tout moyen adéquat de l'identité du médecin référent de son étage et des soignants qui le prennent en charge. Il sera installé en chambre où seront vérifiés avec lui : son identité, les coordonnées de la personne à prévenir, son bracelet d'identification.

Document approuvé

Au cours de l'entretien d'accueil, il sera également informé sur son étage, sa chambre, le livret d'accueil, la personne de confiance, les directives anticipées, les modalités de son séjour et de ses prises en charge, les visites médicales et les règles de sécurité incendie et d'hygiène hospitalière.

Si nécessaire, les médicaments personnels seront récupérés par l'équipe.
Le formulaire « Personne de confiance » sera intégré dans le dossier du patient.
S'il est renseigné, le formulaire « Directives anticipées » sera également ajouté au dossier du patient.

4.1.3.4 L'accueil par l'équipe de rééducateurs

- **Pour les patients hospitalisés à temps complet** : identification du professionnel, vérification de l'identité du patient, explications de sa prise en charge et du fonctionnement du programme de soins.
  Pendant toute la prise en charge, la vérification de l'identité pourra être faite par lecture du bracelet d'identité sauf si le patient a refusé le bracelet.
- **Pour les patients hospitalisés à temps partiel** : identification du professionnel, vérification de l'identité du patient, explications du déroulement des soins et visite des différents locaux au patient.

Les rééducateurs ont la charge de faire porter le badge pendant toute sa prise en charge et d'en expliquer la nécessité au patient.

4.1.4 L'identification du patient

Document associé : PECIPA-P001 – Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

Les assistants médico-administratifs, le personnel administratif du Bureau des Entrées (BE) et des consultations externes procèdent à l'identification du patient. Ceci sur la base de ses données d'identité et d'un document officiel attestant de son identité (carte nationale d'identité, passeport ou titre de séjour). Dans le cadre d'une consultation interne, le médecin remplit la fiche en vigueur.

Dès sa prise en charge dans le service, un bracelet d'indentification est proposé au patient par un IDE ou un AS. Ce dernier est en droit de refuser de le porter.

Dans le cadre d'une Hospitalisation à temps partiel (HTP), un badge d'identification est remis au patient, à porter sur son vêtement sur le buste.
Cette identité sera vérifiée tout au long du séjour par les professionnels de santé.

Lorsqu'un professionnel relève une erreur d'identification d'un patient, il doit en informer immédiatement le Cadre de Santé ou son remplaçant et être signalée via un EI sur le logiciel Qualité. Celui-ci sera alors traité et fera l'objet, si besoin, d'une analyse suivie du déploiement d'actions d'amélioration.

4.1.5 Le livret d'accueil

Un livret d'accueil est remis à tout patient admis pour hospitalisation au C.H. d'Uriage. Il contient tous les renseignements utiles sur les conditions de séjour, l'organisation du C.H. d'Uriage, les services disponibles.

Il informe également sur les droits et devoirs des Usagers de l'établissement et met à disposition les formulaires de Directives anticipées et Personne de Confiance. En annexe se trouvent les chartes dont celle relative au patient hospitalisé. Il joint également un Questionnaire de Satisfaction.

En outre, les informations mises à disposition dans le livret d'accueil sont disponibles sur le site internet du C.H. d'Uriage.

Document approuvé

4.2 Le séjour

4.2.1 Les soins

Documents associés : PECDOU-FT003 – Missions des référents douleur ; PECDIP-P001 – Annonce d'un dommage lié aux soins.

4.2.1.1 La prise en charge de la douleur

Tout patient a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être en toutes circonstances prévenue, évaluée, prise en compte et traitée par des solutions médicamenteuses ou non-médicamenteuses.

4.2.1.2 Les examens et consultations

Première possibilité : si le patient a un rendez-vous ou un examen médical prévu avant son hospitalisation et que ce rendez-vous ou cet examen doit se dérouler durant son séjour, il doit organiser lui-même son transport et se munira de sa carte vitale et sa carte mutuelle pour le règlement de celui-ci auprès du médecin.

Deuxième possibilité : si le patient doit se rendre à un rendez-vous à ou un examen médical durant son séjour mais demandé par l'équipe médicale du C.H. d'Uriage, l'établissement organise le transport et le prend en charge financièrement.

Si le patient est hospitalisé en médecine, le rendez-vous et/ou l'examen médical est pris en charge par le C.H. d'Uriage.

Si le patient est hospitalisé en SMR, le rendez-vous et/ou l'examen médical est à la charge du patient (il devra se munir de sa carte vitale et de sa carte mutuelle).

4.2.1.3 Le repas

Documents associés : SUPLOG-FT001 – Composition des menus spécifiques ; SUPLOG-FT002 – Liste des alimentations spécifiques au CHR Uriage

Le repas est considéré comme un soin à part entière au sein du C.H. d'Uriage. C'est en ce sens que les équipes sont engagées à produire et à distribuer un repas de qualité, garantissant le plaisir et la convivialité, aussi bien aux patients de l'établissement qu'aux professionnels en poste.

L'établissement met tout en œuvre pour satisfaire les indications médicales en lien avec les recommandations nutritionnelles, dans le souci d'une alimentation équilibrée et adaptée à chaque patient. Le contexte de la collectivité hospitalière ne permet néanmoins pas de satisfaire les préférences et exigences alimentaires de chacun.

L'établissement dispose d'une cuisine, où sont élaborés quotidiennement les repas servis, avec des recettes maison, des produits de saison, des produits locaux, des produits BIO et des produits frais autant que possible (Loi Egalim). Un repas végétarien est servi chaque semaine.

La journée est composée de trois repas, servis en plateau en chambre, avec de la vaisselle réutilisable et durable :

Petit déjeuner	Déjeuner et Dîner
1 boisson chaude 1 ou 2 pain(s) individuels, beurre(s), confiture(s) 1 produit laitier à la demande 1 compote ou 1 jus de fruit (100% fruit)	1 entrée 1 plat chaud 1 produit laitier 1 dessert 1 pain individuel

L'établissement est également engagé dans la lutte contre le gaspillage alimentaire.

L'établissement décline toute responsabilité concernant les aliments consommés par le patient, qui seraient amenés par l'entourage dans la mesure où ils échappent à la législation en vigueur

Document approuvé

concernant les règles d'hygiène et de conservation (température d'acheminement, durée de vie, température de conservation…). L'établissement n'est pas en mesure de conserver au froid, ni de réchauffer des produits apportés de l'extérieur.

Toutes les informations liées aux repas sont exposées dans la Charte Qualité Alimentation (MANQGR-FT014) affichée dans le tableau à l'entrée de l'établissement : elle définit la philosophie du C.H. d'Uriage en termes d'alimentation, en lien avec les dernières recommandations en vigueur. Elle est également accessible dans le logiciel Qualité pour les professionnels en poste.

4.2.2 Les effets personnels, bijoux, sommes d'argent, objets de valeurs

Pour leur séjour, les patients doivent prévoir du linge personnel, un nécessaire de toilette et une boîte pour les lunettes et prothèses afin de prévenir toute perte. L'entretien du linge personnel n'incombe pas à l'hôpital et sa conservation obéit aux règles de responsabilité définies par le Code de la santé publique.

La présence de bijoux, de sommes d'argent, d'objets de valeur doivent être, autant que possible, restreinte à leur stricte nécessité. Ils doivent être conservés par le patient auprès de lui. Les effets personnels sont laissés dans la chambre. Un cadenas peut être demandé au Bureau des Entrées contre un chèque de caution afin de stocker les effets personnels du patient en sécurité. L'établissement décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol.
Le patient est invité à rester vigilant aux affaires qu'il transporte avec lui.

4.2.3 La chambre individuelle et la chambre double

Le C.H. d'Uriage dispose de 30 chambres individuelles et de 30 chambres doubles.
Les chambres individuelles sont réservées en priorité aux patients nécessitant des soins particuliers (prescription médicale). Cependant chaque patient peut s'inscrire sur une liste d'attente pour une attribution de chambre individuelle en remplissant un formulaire fourni dans le livret d'accueil du patient et remis au Bureau des Entrées. Des admissions peuvent aussi se faire directement en chambre individuelle selon les disponibilités dans les Unités.
Un forfait chambre individuelle sera réclamé selon la chambre attribuée avec soit une prise en charge par la mutuelle, soit un règlement par le patient. Le montant des forfaits est déterminé chaque année et affiché en face du bureau des entrées.

4.2.4 Les tarifs des prestations – le forfait journalier et leurs paiements

Les tarifs des prestations représentent le coût moyen d'une journée d'hospitalisation dans une discipline médicale donnée. Ils sont fixés chaque année par arrêté interministériel pour la période du 1er janvier au 31 décembre et peuvent être révisés en cours d'année.

Il en va de même pour le forfait journalier, qui représente une contribution forfaitaire du patient à ses frais de séjour. Il obéit à des règles particulières de facturation, qui varient suivant les conditions de prise en charge du séjour. Le Directeur veille à ce que le patient soit informé de ces règles.
La chambre individuelle sera facturée en supplément dans le respect des dispositions de l'article R.162-32-2 du code de la sécurité sociale. Les tarifs sont affichés dans l'établissement (en face du Bureau des Entrées).

Aux frais d'hospitalisation peuvent s'ajouter ceux des services demandés par le patient : ligne téléphonique ; télévision ; Wifi patient.

Ces frais sont payés par le patient ou par un tiers payeur. En cas de non-paiement des frais de séjour, le Trésor Public en charge du C.H. d'Uriage exerce des poursuites contre les patients, contre leurs débiteurs ou contre les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

4.2.5 Les services mis à disposition des patients

4.2.5.1 Les personnes ressources interprètes

Document associé : PECDIP-FT002 – Liste des personnes ressources interprètes

Document approuvé

Si besoin, le personnel est sollicité en première intention afin d'aider le patient à communiquer dans le cadre de sa prise en charge. La liste des agents pouvant faire office d'interprète est disponible dans le logiciel Qualité. Le recours à un prestataire est également possible.

4.2.5.2 Le téléphone, la télévision et le Wifi patient

Une ligne téléphonique est mise à la disposition des patients à titre payant. Sa mise en service est assurée par l'agent d'accueil.

Les chambres sont équipées de postes de télévision. La souscription à un abonnement s'effectue auprès de l'agent d'accueil.

Le Wifi est accessible dans les chambres à titre payant. L'accès à ce service est également géré par l'agent d'accueil. Une seule connexion est possible par patient pour le Wifi.

4.2.5.3 Le courrier

Une boîte postale est disponible au rez-de-chaussée, à l'entrée de l'unité B, côté accueil, afin que les patients puissent y déposer du courrier. Ils peuvent en recevoir et en seront avertis par l'agent d'accueil afin de venir le récupérer.

La réception de colis doit rester exceptionnelle et s'en tenir à l'utilisation des services de Chronopost, avec livraison à l'accueil patient. Ce dernier sera réceptionné par l'agent d'accueil, son numéro de suivi enregistré dans un registre avant que le patient destinataire soit appelé pour qu'il passe récupérer son colis.

4.2.5.4 La bibliothèque

Une association de bénévoles propose ses services une fois par semaine au sein de l'établissement, à destination des patients (sauf HTP).

4.2.5.5 Le service social – Assistant social

L'Assistant Social est à la disposition des patients hospitalisés en SMR. Elle reçoit sur rendez-vous, 2 jours ½ par semaine.

4.2.5.6 La Maison des Usagers

Le C.H. d'Uriage dispose d'une Maison des Usagers où les Représentants des Usagers tiennent une permanence mensuelle. Cette dernière a pour but d'offrir un espace d'échange aux patients pour y poser leurs questions, s'informer de leurs droits, obtenir des conseils ou un suivi, ou même porter réclamation.

4.2.5.7 La pratique religieuse

Les patients hospitalisés peuvent participer à l'exercice de leur culte dans la salle dédiée au 1er Sous-Sol, vers l'Hôpital de Jour signalé « lieu de silence et de recueillement ». Les ministres des cultes des différentes confessions peuvent être sollicités pour une écoute téléphonique, un entretien spirituel. Leurs coordonnées sont accessibles à l'accueil de l'hôpital.

4.2.6 Le droit à l'image

Patients, proches, usagers, visiteurs et agents sont priés de respecter l'image et l'intimité de chacun. En conséquence, il est interdit de filmer, photographier ou enregistrer au sein du C.H. d'Uriage, (sauf images strictement personnelles où aucun élément visuel ou légende ne permet de reconnaitre le lieu, d'autres patients, des visiteurs ou des personnels de l'établissement).

La diffusion d'informations et de photos relevant de l'activité du C.H. d'Uriage, de ses équipes et de ses patients sur les réseaux sociaux et autres *media* est obligatoirement soumise au préalable à l'autorisation de la Direction. Des poursuites sont susceptibles d'être engagées en cas de non-respect de cette disposition, pour atteinte à la vie privée ou à l'image du C.H. d'Uriage.

Pour sa communication interne et externe, l'établissement peut demander à réaliser des supports photographiques, audiovisuels ou audio. Toute personne est en droit de refuser d'être

Document approuvé

photographiée, enregistrée 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 majeurs protégés, il est nécessaire d'obtenir leur autorisation, en plus de celle du titulaire de l'autorité parentale ou son représentant légal, 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 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.

4.2.7 L'information du patient, de la famille et du médecin traitant

4.2.7.1 Les relations avec le patient

Tout usager doit être informé, du nom des praticiens et soignants qui le prennent en charge. Dans le respect des règles déontologiques applicables et en fonction de leur domaine de compétence, les praticiens et personnels paramédicaux du C.H. d'Uriage assurent l'information appropriée, accessible et loyale des patients afin de lui permettre de donner un consentement « libre et éclairé » aux actes de soins donnés.

Le C.H. d'Uriage est tenu de protéger la confidentialité des informations qu'il détient sur les personnes qu'il accueille, conformément aux principes énoncés dans ce présent règlement.

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement ou tout acte de soin. Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peuvent être pratiqués sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

- **Refus des soins :** le patient peut refuser les soins qui lui sont proposés conformément à la Charte de la personne hospitalisée, paragraphe IV. Le praticien est alors tenu de respecter ce choix (articles L. 1111-4 et R 4127-36 du Code de la santé publique). Le respect de la volonté ainsi manifestée par le patient ne fait pas encourir au médecin de poursuites pour non-assistance à personne en danger**.** Le médecin explique les risques au patient. S'il persiste dans son refus, le patient aura à signer un formulaire de refus de soins en vigueur.
  Document associé : PECDIP-F007 – Refus de soin

Le suivi du patient reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences et de leur gravité. Si la personne met sa vie en danger en décidant de refuser ou d'interrompre tout traitement, sa décision doit être réitérée dans un délai raisonnable.

L'ensemble est inscrit dans le dossier médical du patient.

- **Consentement aux soins :** le patient (incluant le majeur protégé) ou la personne de confiance donne son accord sur le projet de soin. Cet accord est tracé dans son dossier. Le consentement du majeur protégé doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par le représentant légal du majeur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur protégé, le médecin délivre les soins indispensables.

Font exceptions au principe de consentement :

Document approuvé

1) **L'urgence** : dans le cas d'une "nécessité absolue de procéder à une intervention immédiate" ou d'un "danger immédiat" pour le patient, le médecin peut passer outre le défaut de consentement du patient, selon :
   - L'article R 4127-36 du Code de la santé publique imposant à tout médecin en présence d'un malade ou d'un blessé en péril, de lui porter assistance ou de s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires ;
   - L'article R 1112-43 du Code de la santé publique, selon lequel la volonté du patient doit être respectée "sauf urgence médicalement constatée nécessitant des soins immédiats".

2) **Les patients en incapacité d'exprimer leur consentement ou les patients en incapacité de s'exprimer :** lorsque le patient est inconscient et ne peut pas exprimer son consentement, le médecin peut intervenir sans accord formel en lien avec la personne de confiance si elle a été désignée.

Il appartient au médecin et/ou l'Établissement de soins d'apporter la preuve justifiant ces exceptions.

4.2.7.2 Les relations avec les familles

Après accord du patient, les médecins peuvent être amenés à donner des informations sur l'état de santé du patient à la famille.

4.2.8 Le dossier du patient

Documents associés : PECDPA-P005 Dossier du patient

Il comprend des informations administratives, médicales et relatives à la rééducation et aux actes de soins ainsi que celles enregistrées par les autres professionnels de l'établissement impliqués dans la prise en charge du patient conformément aux dispositions de l'article R.1112-2 du Code de la santé publique.

Même si le dossier du patient est la propriété de l'établissement, les données personnelles qu'il contient appartiennent au patient. Le dossier du patient est identifié par un numéro unique pour une structure unique. En conséquence, toute pièce, toute information du dossier se rapporte à cet identifiant unique.
Ce dossier contient au moins les éléments suivants :

- Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier (le détail est indiqué dans la charte de gestion du dossier patient) ;
- Les informations formalisées établies à la fin du séjour ;
- 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.

4.2.8.1 L'accès aux données médicales

Documents associés : PECDPA-P002 Modalités d'accès aux données médicales du patient

Le patient peut demander à accéder à ses données médicales auprès du C.H. d'Uriage. Cette demande se fait par courrier signé ou courriel, accompagné d'une photocopie d'une pièce d'identité valide. Peuvent seulement être communiquées :

- Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier. Elles doivent avoir contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention ou avoir fait l'objet d'échanges entre professionnels mentionnés à l'article R 1112-2 du Code de la santé publique ;
- Les informations formalisées établies à la fin du séjour.

Les documents demandés sont communiqués :

Document approuvé

- Au plus tard dans les 8 jours suivant la demande si les informations médicales datent de moins de 5 ans ;
- Et au plus tôt après un délai de réflexion de 48 heures.

Ce délai est porté à 2 mois lorsque les informations médicales datent de plus de 5 ans ou la commission départementale des soins psychiatriques est saisie.

Le demandeur (identifié) dispose de différents modes de consultation :

- Par envoi postal,
- Récupération au C.H. d'Uriage,
- Consultation sur place.

La remise de copies est payante. Les copies sont faites sur le même support que celui utilisé par le professionnel de santé. Les frais à la charge du patient ou du demandeur ne peuvent pas dépasser le coût de la reproduction et éventuellement, de l'envoi des documents.

Lorsque le patient est décédé, un ayant-droit, concubin ou partenaire de PACS peut demander à accéder aux données médicales sous certaines conditions : connaître les causes de la mort, faire valoir ses droits ou défendre la mémoire du défunt. La procédure est identique à celle d'un patient.

4.2.8.2 La communication

Documents associés : PECDPA-M009 – Modalités de facturation des copies du dossier patient ; PECDPA-F003 – Transmissions IDE/AS/KINÉ/ERGO/RADIO ; PECDPA-P002 – Modalités d'accès au dossier patient

Tout patient hospitalisé ayant le droit au respect de sa vie privée, le Directeur du C.H. d'Uriage veille à ce que toutes les dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des dossiers médicaux conservés dans l'établissement. Les règles de conservation des dossiers médicaux sont fixées par le Code de la santé publique (article R1112-7). Ces dispositions s'appliquent aux dossiers papier comme aux dossiers numériques.

4.2.8.3 Le traitement informatique

Document associé : PECDPA-P005 – Dossier du patient

Les patients doivent être informés des données médicales les concernant figurant dans le système d'information de l'établissement. Chaque patient dispose d'un droit d'accès, de rectification, voire d'opposition dans la limite prévue par la réglementation. Le droit d'accès au dossier s'exerce auprès du médecin responsable de l'information médicale, en lien avec la PCRU, par l'intermédiaire du praticien responsable de la structure médicale dans laquelle les soins ont été délivrés, ou du praticien ayant constitué le dossier.

4.2.9 Le secret de l'hospitalisation

Tout patient peut demander à ce que sa présence et son état de santé ne soient pas divulgués, que ce soit par téléphone ou d'une autre manière. Dans ce cas, le dossier d'admission est constitué normalement. Une mention indiquant l'admission sous secret sera ajoutée au dossier et les services en seront avisés pour respecter la procédure institutionnelle.

4.2.10 La personne de confiance

Document associé : PECDIP-P004 – La personne de confiance ; PECDIP – F012 – Désignation d'une personne de confiance

Les personnes hospitalisées majeures peuvent désigner une personne de leur entourage en qui elles ont toute confiance pour l'accompagner tout au long des soins et décisions à prendre. Cette désignation, uniquement valable pour la durée de l'hospitalisation, est faite par écrit et cosignée par la personne désignée.

À tout moment, elle reste révisable ou révocable. Le C.H. d'Uriage est tenu de tout mettre en œuvre pour faciliter et intégrer cette démarche dans la prise en charge du patient.

Ainsi, cette personne désignée peut assister aux entretiens médicaux et aider le patient à formuler ses besoins, souhaits, intentions.

Document approuvé

Elle est également consultée par les équipes si l'état de santé du patient ne lui permet pas, au cours de son hospitalisation, de faire connaître son avis ou décisions concernant ses soins.

4.2.11 Les directives anticipées

Tout personne majeure peut rédiger des directives anticipées, conformément aux lois relatives au droit des patients et des personnes en fin de vie. Ceci dans le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté, notamment relative à sa fin de vie, en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux. Ces directives sont révocables et révisables à tout moment.

4.2.12 Les plaintes, réclamations et voies de recours

Documents associés : PECDIP-F009 – Réclamations orales ; PECDIP-P006 – Circuit des plaintes et des réclamations

Patients, proches de patient (famille, amis), médecin traitant, doivent pouvoir exprimer oralement leurs griefs auprès des responsables des services du C.H. d'Uriage. La Personne en Charge des Relations avec les Usagers (PCRU) peut également rencontrer le plaignant qui le souhaite et avoir un échange avec lui au cours duquel des clarifications pourront être apportées.

En cas d'impossibilité ou si les explications reçues ne le satisfont pas, il est informé de la possibilité d'adresser lui-même une réclamation écrite au Directeur de l'établissement ou de déposer une plainte auprès des administrations judiciaires.

Plusieurs types d'écrits sont enregistrés :

- Le courrier de réclamation ou plainte, adressé au représentant légal du C.H. d'Uriage soit par courrier postal soit par mail. Dans tous les cas, quel que soit le support, celui-ci est transmis au Service Qualité ;
- Les questionnaires de satisfaction, récupérés par le Service Qualité, contiennent des commentaires ou des griefs pouvant être classés en réclamations ;
- Les signalements d'évènements indésirables (EI), gérés par le Service Qualité, peuvent aussi être intégrés en tant que réclamations.

En cas d'incident dommageable, l'usager (patient ou ayant-droit) peut rechercher 2 types de responsabilités :

- La responsabilité pénale des personnes dont le comportement est à l'origine des dommages afin d'obtenir des sanctions. Dans ce cas, une plainte est déposée auprès des autorités de police ou gendarmerie, une enquête dirigée par le Procureur est diligentée. L'issue peut être un classement sans suite, une condamnation par le Tribunal avec ou sans amende ;
- La responsabilité civile du C.H. d'Uriage et/ou de la personne civilement responsable afin d'obtenir une indemnisation. Le plaignant peut user des différentes voies de recours disponibles pour bénéficier de dommages et intérêts :
  - Demande amiable ;
  - Saisine de la CCI (Commission de Conciliation et d'Indemnisation des Accidents Médicaux) ;
  - Saisine des tribunaux (judiciaire ou administratif).

Le Service Qualité est tenu de faire connaître au plaignant les voies de recours qui lui sont ouvertes dans les meilleurs délais : possibilité de saisir un R.U., la C.D.U., un médiateur. Il peut également l'informer que l'établissement procède à cette saisine. Toutes les plaintes et réclamations, quelles que soient leur origine, sont suivies et gérées par le Service Qualité. Elles font l'objet d'un classement, chaque dossier devant comprendre l'ensemble des éléments concernant la plainte.

Dans le cas où le Procureur de la République diligente une enquête de la Gendarmerie, celle-ci sera reçue par le représentant légal du C.H. d'Uriage. Les éléments de l'enquête seront transmis au Service Qualité pour compléter le dossier. La Personne en Charge des relations avec les Usagers (PCRU) est informée du suivi de chaque réclamation et plainte.

Document approuvé

Si la plainte ou la réclamation est formulée par un patient hospitalisé, une rencontre avec le médiateur/R.U. doit intervenir, dans la mesure du possible, avant sa sortie de l'établissement. Sinon, elle doit se faire dans les huit jours qui suivent la saisine.
Après rencontre du plaignant, le médiateur/R.U. a 8 jours pour adresser un compte rendu de la rencontre au Président de la C.D.U., qui le transmet sans délai, accompagné de la plainte ou de la réclamation, aux membres de la C.D.U. ainsi qu'au plaignant.

Au vu de ce compte rendu, et après avoir, si elle le juge utile, rencontré l'auteur de la plainte ou de la réclamation, la C.D.U. formule des recommandations en vue d'apporter une solution au litige ou visant à l'informer des voies de conciliation et de recours dont il dispose. Elle peut également émettre un avis motivé en faveur du classement du dossier.
Quelle que soit l'issue de l'examen de la plainte ou réclamation, le représentant légal du C.H. d'Uriage répond sous 8 jours suivant la séance au plaignant et joint à son courrier l'avis de la C.D.U. Ce courrier est également transmis aux membres de la C.D.U.

Les plaintes et réclamations sont analysées de manière à déceler les dysfonctionnements et d'apporter les actions correctives nécessaires. Ces analyses s'intègrent dans une démarche d'ensemble où s'articulent gestion des réclamations, gestion des risques et démarche Qualité. L'analyse est présentée en C.D.U. et figure dans le rapport d'activité annuel du Service Qualité.

4.2.13 La PCRU, Médiateurs et Représentants des Usagers

4.2.13.1 La PCRU

Document associé : PECDIP-FT001 – Missions de la Personne en Charge des Relations avec les Usagers (PCRU)

La PCRU est la Personne en Charge des Relations avec les Usagers. Elle est en charge de développer et mettre en œuvre la politique relative aux droits des Usagers et des associations de patients, en coordination avec les différents acteurs internes/externes. Elle est désignée par le Directeur de l'établissement et ne peut être médiatrice.

Elle peut être missionnée pour :

- Clarifier la situation d'un Usager sur ses droits, dans l'expression d'un grief, ou dans un soutien lors d'une médiation ;
- Saisir les médiateurs et/ou la C.D.U. ;
- Participer à une médiation aux côtés du plaignant ;
- Recevoir tous les éléments d'investigation et de réponse faisant suite aux réclamations ou plaintes d'un Usager ;
- Elaborer la réponse apportée au plaignant ;
- Travailler en collaboration avec les autres acteurs de la Qualité.

4.2.13.2 Les Médiateurs

Document associé : PECDIP-M001 – Médiation médicale

Dans le cadre de la gestion des plaintes et réclamations, le C.H. d'Uriage dispose de deux types de médiateurs, avec suppléants :

- *Le médiateur médical*, sollicité pour les plaintes ou réclamations mettant exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service. Il accède aux informations de santé concernant l'Usager après avoir obtenu son accord écrit, ou celui de son représentant légal ou ayants droits en cas de décès. Avec son suppléant, ils sont désignés par le Directeur du C.H. d'Uriage parmi les médecins exerçants ou ayant exercés au C.H. d'Uriage ou, à défaut, parmi les médecins visés à l'article R.1112-82 du code de la santé publique ;
- *Le médiateur non médical*, sollicité pour les plaintes ou réclamations étrangères à ces questions.

Document approuvé

Ces médiateurs peuvent être saisis par le Directeur ou par l'auteur de la plainte ou de la réclamation. Sauf refus ou impossibilité de la part du plaignant, le médiateur le rencontre dans les huit jours suivant la saisine. S'il l'estime utile, ou à la demande de ces derniers, le médiateur peut rencontrer des proches du patient. Ces rencontres peuvent se faire en présence des Représentants des Usagers. Cela doit-être proposé au plaignant.
Suite à cette rencontre, le médiateur est chargé de rédiger un compte rendu dans les 8 jours, qu'il doit transmettre au Président de la C.D.U.

4.2.13.3 Les Représentants des Usagers

Membres d'associations agréées de patients, ils sont nommés par l'ARS et peuvent conseiller, accompagner les patients dans leurs démarches. Ils assurent la représentation des personnes malades et des usagers du système de santé publique, tant pour défendre leurs droits que pour veiller à ce que ces derniers soient respectés. Ils contribuent aussi à l'amélioration qualitative du système de santé.

Ils exercent donc leur mandat au nom de tous les usagers en se faisant porte-paroles de l'expérience et des attentes de ces derniers. Ils ont aussi un rôle dans l'information sur l'existence et les enjeux de la Certification auprès du grand public.

Ils siègent à la Commission Des Usagers (C.D.U.), aux Conseils de Surveillance, à des sous-commissions de la Commission Médicale d'Établissement (C.M.E.) telles que C.L.A.N./C.L.I.N./C.L.U.D.

Les Représentants des Usagers assurent une permanence mensuelle pour les Usagers du C.H. d'Uriage au sein de la Maison des Usagers.

4.3 La Sortie

4.3.1 Les conditions de sortie

La sortie du patient est prononcée par le Directeur de l'hôpital ou son représentant sur proposition du médecin, quand l'état du patient ne nécessite plus son maintien dans l'un de services de l'hôpital.
Un bulletin de sortie est donné au patient à la sortie, indiquant les dates de l'hospitalisation ainsi que :

- Ses certificats médicaux s'il en a ;
- Les ordonnances nécessaires à la continuité des soins et traitements requis ;
- Les documents nécessaires à la justification de ses droits.

4.3.2 Les conditions de permission

Compte tenu de la durée de leur séjour, les patients, en fonction de leur état de santé et/ou des conditions sanitaires, peuvent bénéficier, à titre exceptionnel, de permissions de sortie, soit de quelques heures sans découcher, soit d'une durée maximale de quarante-huit heures (délais de trajet inclus).
Ces permissions de sortie sont données sur avis du médecin, par le Directeur et signalées au Bureau des Entrées.
Lorsqu'un patient, qui a été autorisé à quitter l'établissement, ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, il doit prévenir l'infirmier de l'unité de soins où il est hospitalisé. En fonction des circonstances, l'administration le porte alors sortant et il ne peut être admis à nouveau que selon les modalités prévues pour une admission habituelle.

4.3.3 La visite médicale

Les visites dans les services d'hospitalisation ont lieu 2 matinées par semaine. Elles sont assurées par l'équipe médicale (médecins et internes).

Document approuvé

4.3.4 Les modalités particulières de sortie

4.3.4.1 La sortie contre avis médical

Tous les patients peuvent quitter le C.H. d'Uriage, à tout moment, sur leur demande. Si le médecin estime que la sortie du patient est prématurée compte tenu de son état de santé, et présente un danger pour lui, ce dernier n'est autorisé à quitter l'établissement qu'après avoir rempli et signé une attestation établissant qu'il a eu connaissance des dangers que la sortie présentait.

Si le patient refuse de remplir et de signer cette attestation, un procès-verbal de refus est dressé par deux agents hospitaliers. Les modalités de la sortie sont consignées dans le dossier médical.

4.3.4.2 La sortie par mesure disciplinaire

Si son état de santé le permet, tout patient dûment averti peut voir sa sortie prononcée par le Directeur, ce, après avis médical et par mesure disciplinaire fondée sur le constat de désordres persistants dont il est la cause ou, plus généralement, d'un manquement grave aux dispositions du présent règlement intérieur. Pour les mêmes motifs et suivant les mêmes procédures, le Directeur ou son représentant peut également organiser le transfert des patients dans une autre structure médicale ou un autre hôpital. Dans ces circonstances, une proposition alternative de soins est faite au préalable au patient, afin d'assurer la continuité de ses soins.

4.3.4.3 La sortie à l'insu de l'unité de soins

Lorsqu'un patient quitte le C.H. d'Uriage sans prévenir, que les recherches dans l'établissement restent vaines et que le médecin responsable estime que l'état du patient permet sans danger la sortie, celle-ci est prononcée.

Si le médecin estime que la sortie clandestine met en danger l'intégrité physique du patient ou compromet son état de santé, des recherches sont effectuées auprès de la famille, puis, si nécessaire, par l'autorité de police ou de gendarmerie contactée. Si le patient ne regagne pas le service, un rapport est adressé dans les 24 heures au Directeur ou à son représentant.

4.3.4.4 Les transferts

Lorsqu'un médecin constate que l'état d'un patient requiert des soins relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée au sein du C.H. d'Uriage, ou nécessitant des moyens dont l'hôpital ne dispose pas, le Directeur prend toutes les mesures nécessaires pour que le patient soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

L'admission dans ce dernier établissement est décidée, sauf cas d'urgence, après entente entre le médecin du service et le médecin de l'établissement dans lequel le transfert est envisagé. Elle est effectuée au vu d'un certificat médical attestant la nécessité de l'admission du malade dans un établissement adapté à son état de santé.
Le patient doit être informé de ce projet de transfert et doit consentir à celui-ci. S'il n'est pas en état de consentir à ce transfert, sans cas d'urgence, la personne de confiance sera sollicitée.

4.3.4.5 Le transport en ambulance

À sa sortie, si l'état du patient nécessite un transport en véhicule sanitaire (ou non), le médecin détermine et prescrit médicalement un mode de transport le moins onéreux et adapté à l'autonomie du patient (ambulance, VSL, taxi conventionné, voiture particulière…).
Les frais occasionnés par le transport sont à la charge du patient ou de son organisme de prévoyance sociale. Cependant le remboursement n'est pas systématique : tous les transports ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie, même en cas d'affection de longue durée (ALD - décret n° 2011- 258 du 10 mars 2011).

Dans le cas d'une permission de sortie (tolérance médicale de moins de 48h), les frais de transport ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie. Le patient a le libre choix de l'entreprise de transport.

Document non approuvé

Lorsque, pendant l'hospitalisation, le transport est effectué à la demande du C.H. d'Uriage et dans le cadre de la prise en charge médicale du patient, l'entreprise de transport est choisie par l'établissement et le transport est à sa charge.

4.3.5 Les questionnaires de satisfaction en hospitalisation complète ou hospitalisation à temps partiel

Le traitement de l'ensemble des questionnaires de façon annuelle permet :

- L'analyse comparative dans le temps de la satisfaction du patient ;
- L'analyse de l'ensemble des domaines du C.H. d'Uriage en rapport avec la prise en charge des patients.

4.3.5.1 En Hospitalisation complète

Lors de son admission, tout patient reçoit un Questionnaire de Sortie en annexe du livret d'accueil. Ce dernier est destiné à recueillir les appréciations et observations selon 9 points différents : accueil, soins, personnels, établissement et locaux, chambre, repas, transports, sortie, ensemble. On peut également y indiquer ses dates de séjour et son identité si cela est souhaité.

Ce questionnaire est à déposer dans une boîte aux lettres dédiées située à l'accueil du C.H. d'Uriage. Ils sont récupérés chaque semaine par le Service Qualité qui en fait le dépouillement et l'analyse.

Les données sont ensuite utilisées dans les différentes Instances et pour le suivi Qualité de l'établissement.

4.3.5.2 Pour le séjour en MCO

Afin d'évaluer de manière plus spécifique la qualité de la prise en charge durant la 1ère partie du séjour (en MCO), un questionnaire est donné aux patients au moment de leur mutation en SMR.

Ce questionnaire permet surtout d'apprécier le ressenti du patient par rapport au traitement de sa douleur.

4.3.5.3 En Hospitalisation à Temps Partiel HTP ou Hôpital de jour

En HTP ou Hôpital de jour, l'équipe de rééducation fournit un questionnaire de sortie lors du dernier bilan.

Il permet d'évaluer la satisfaction du patient en matière de prestations de soins et d'hébergement en hospitalisation à temps partiel.

4.3.5.4 Le dispositif e-Satis

Il s'agit d'un dispositif national, commun à tous les établissements de France.

Le questionnaire utilisé pour le C.H. d'Uriage concerne le SMR.

Les questions permettent le recueil de l'appréciation des patients sur la qualité des différentes composantes de leur prise en charge : humaines, techniques et logistiques.

Chaque patient ayant fourni son courriel est informé de ce dispositif. Deux semaines après sa sortie, il reçoit un lien sécurisé lui permettant d'accéder aux questions.

Les résultats sont mis à disposition de l'établissement et sont visibles sur le site de la HAS.

4.4 Le Décès

4.4.1 Les dispositions relatives à la fin de vie et au décès

4.4.1.1 Le respect des directives anticipées

Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10.

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

Document approuvé

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 portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.

4.4.1.2 L'accompagnement du patient en fin de vie

Si l'état de santé du patient s'aggrave, sa famille ou ses proches doivent être prévenus par tous moyens et sans délai par un professionnel du C.H. d'Uriage dûment habilité. Si le patient ou sa famille en exprime le désir, le patient peut être transporté à son domicile.

Lorsque le retour au domicile n'a pas été demandé, le patient sera accompagné par les professionnels du C.H. d'Uriage.

La famille ou les proches peuvent demeurer auprès de lui et l'assister dans ses derniers instants et ce, en dehors des heures de visite. Un matelas d'appoint ainsi que du linge de lit pourront être fournis. Un petit déjeuner sera également proposé et les autres repas devront être organisés par la famille et le proche du patient.

4.4.1.3. La liberté des funérailles et dispositions testamentaires

Les patients peuvent prendre toutes les dispositions qu'ils jugent nécessaires pour prévoir, de leur vivant, les conditions de leurs funérailles et leur mode de sépulture, soit en consignant leurs volontés dans un testament, soit en souscrivant un contrat d'obsèques. Ces dernières doivent être strictement respectées.

L'accomplissement de ces formalités peut être fait au sein de l'établissement si les patients demandent au notaire de leur choix de venir recueillir leurs dernières volontés. Au besoin, le personnel du service peut servir de témoin à l'expression et au recueil de leur volonté.
Les patients peuvent faire des dons ou léguer tout ou partie de leurs biens au C.H. d'Uriage.

4.4.2 Les formalités accompagnant le décès d'une personne hospitalisée

Document associé : PECFVI-P001 – Formalités en cas de décès d'un patient

4.4.2.1 Le constat de décès

Un médecin constate le décès et établit le certificat de décès conformément à la réglementation.

Ce document est déclaré dans les 24 heures à la mairie de la commune du lieu de décès. Il sera inscrit sur le registre des décès, sauf en cas de dispositions convenues avec cette administration.
Un procès-verbal de constat de la mort attestant du décès, et plus précisément à la suite d'un arrêt cardiaque et respiratoire persistant, est réalisé.

Le constat ou certificat de décès est établi via la déclaration informatique dédiée sur le site de l'INSERM (https://sic.certdc.inserm.fr/login.php?etab=500000187), de façon à permettre une alerte précoce de surmortalité.

4.4.2.2 La notification du décès

Dès l'aggravation de l'état de santé du patient et du décès de celui-ci, les familles ou les proches doivent être prévenus, dès que possible et par tous moyens appropriés.

Cas particuliers :

- Au consulat le plus proche pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France ;
- À l'autorité compétente pour les militaires ;
- Au représentant légal pour les majeurs protégés ;
- À la gendarmerie de Domène pour les personnes non identifiées.

Document approuvé

4.4.2.3 L'indice de mort violente ou suspecte (avec obstacles médico-légaux)

S'il est constaté des signes ou des indices de mort suspecte d'un patient, un obstacle médicolégal (OML) peut être apposé. On entend par mort suspecte une situation où les circonstances de survenue de l'évènement ayant causé le décès ne sont pas élucidées, contrairement à la mort violente où 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, ce qui suspend les opérations funéraires jusqu'à la décision de levée de cette suspension par les autorités judiciaires.

En lien avec le Directeur ou son représentant, le médecin avise ensuite l'autorité judiciaire (gendarmerie de Domène), conformément à l'article 81 du code civil, et suit la procédure interne en vigueur.

S'en suit une enquête de gendarmerie 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.

4.4.2.4 La toilette mortuaire et inventaire après décès

Document associé : PECFVI-M001 – Toilette mortuaire

Le personnel paramédical du service procède à la toilette et à l'habillage du défunt qu'après constat médical du décès. Un inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs, etc. possédés par le défunt, est dressé en présence d'au moins un témoin.

Cet inventaire est inséré dans le registre d'inventaire des biens des patients de chaque site. Ses effets personnels sont remis aux ayants droits sur signature.

4.4.2.5 La dévolution des biens des patients hospitalisés décédés

Document associé : PECFVI-M004 – Restitution des objets du défunt

D'après l'inventaire dressé après décès, l'infirmier du service et l'administrateur de garde sont habilités à restituer les objets personnels aux :

- Conjoint ou enfants si le défunt est majeur ;
- Représentant légal ou représentant de l'organisme assurant la protection si le défunt est un majeur protégé.

Ceci, à la condition que l'identité de la personne soit vérifiée, ou la décision administrative en cas de protection juridique et que ces documents soient photocopiés. L'identité et le lien de parenté s'il y en a un, sont notés dans le cahier d'inventaire avec la signature de la personne à qui sont restitués les objets du défunt.

Une cible est rédigée dans le dossier patient pour tracer la situation.

4.4.2.6 La présentation du corps

L'établissement ne dispose pas de chambre mortuaire. Cependant, dans la mesure où les circonstances le permettent, la famille a la possibilité de visiter son défunt, avant son transport aux pompes funèbres. Cet accès est organisé dans la chambre du patient décédé et conforme aux exigences de discrétion et de recueillement.

4.4.3 Les opérations funéraires et transports de corps

4.4.3.1 Opérations funéraires

Les familles ou les proches organisent les opérations funéraires. Le C.H. d'Uriage dispose, dans la valise de garde, d'une liste des régies, entreprises, associations et établissements habilités à fournir les prestations du service des pompes funèbres si besoin.

Si la famille ou les proches du défunt n'ont pu être contactés, le Directeur organise le transport du corps.

S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation est effectuée en accord avec l'autorité militaire compétente.

Document approuvé

4.4.3.2 Le transport de corps

Document associé : PECFVI-F001 – Constitution du dossier et demande de transport de corps avant mise en bière

L'établissement ne peut proposer qu'un transport de corps avant mise en bière. Celui-ci devra être effectué par l'entreprise de pompes funèbres choisie par la famille, le proche ou le tuteur du défunt.

Selon l'article 15 du décret n° 2011-121 du 28 janvier 2011 : sauf dispositions dérogatoires, les opérations de transport de corps avant mise en bière du corps d'une personne décédée sont achevées dans un délai maximum de quarante-huit heures à compter du décès.

Cette demande est à réaliser sur formulaire par ces derniers et signée. Elle peut être remplie par le médecin s'il y a une contre-indication au transport de corps.

Si personne ayant qualité à pourvoir aux funérailles n'a été joignable ou retrouvée sous 10 heures à compter du décès, le Directeur accorde et signe la demande, avec attestation écrite de la situation.
Doivent être remis au service de pompes funèbres :

- Certificat de décès rempli et signé par le médecin de l'unité/de garde ;
- Demande de transport avant mise en bière ;
- Bulletin de situation renseigné de la date du décès ;
- Copie de la pièce d'identité de la personne décédée.

4.4.3.3 Le prélèvements d'organes, de tissus et don de corps à la science

Le prélèvement d'organes et/ou de tissus est accepté uniquement si la personne décédée ne s'est pas inscrite sur le Registre National des Refus. Le don de corps à la science n'est possible que si le défunt en a fait la déclaration écrite, datée et signée de sa main, de son vivant.

La démarche de don peut être entreprise auprès d'un établissement de soins, d'enseignement et de recherche acceptant les dons de corps. En cas d'accord, une carte est délivrée au donateur. Pour être valable, ce document doit avoir été signé et daté par le défunt. La carte de donateur ou l'exemplaire de la déclaration sont remis à l'officier de l'état civil après constatation du décès.
Dans tous les cas, le délai du transport du corps vers l'établissement d'hospitalisation, d'enseignement ou de recherche concerné, ne doit pas excéder 48 heures entre le décès et l'arrivée du corps à l'établissement de destination.

4.4.3.4 Les examens médico-légaux post mortem

Dans le but scientifique de rechercher les causes du décès, avec l'autorisation du Procureur de la République en cas de mort suspecte ou violente, en l'absence d'opposition exprimée par le défunt ou témoignée par sa famille, une demande peut être faite afin d'effectuer un prélèvement. Elle est exprimée par un médecin, soumise à autorisation du Directeur ou de son représentant.

5 Règles de vie hospitalière et dispositions relatives au fonctionnement de l'établissement – Usagers

5.1 Règles de vie hospitalière

5.1.1 Les horaires quotidiens en séjour hospitalier

Les repas sont des soins qui sont pris à heure fixe, impérativement en chambre : 7 h 30 pour les petits déjeuners ; 12 h pour les déjeuners ; 19 h pour les dîners.
Les soins de rééducation se déroulent du lundi au vendredi uniquement, sauf jours fériés.

5.1.2. Le respect de la personne et son intimité

Le respect de la personne et son intimité doivent être garantis à tout moment de son séjour. Dans ce cadre, les professionnels comme les visiteurs extérieurs doivent prendre en compte la nature privée de la chambre dans laquelle séjourne le patient.

Document approuvé

À tout moment lors du séjour du patient, et plus particulièrement lors des soins, des toilettes, des consultations, des visites médicales, des traitements post-opératoires, des radiographies, des brancardages, l'intimité du patient doit être préservée.
Toute personne doit frapper avant d'entrer dans la chambre du patient et n'y pénétrer, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invitée par l'intéressé.

5.1.3 Les prestations de services mises à disposition des patients pendant leur séjour

Les patients peuvent faire appel à des prestataires extérieurs de leur choix : coiffure, pédicure…
Pour ces prestations, le règlement se fait directement auprès des prestataires par les patients.

5.1.4 Le bon usage des effets et biens personnels

5.1.4.1 Les téléphones portables

Les patients sont autorisés à utiliser leur téléphone portable dans le respect des règles de vie en collectivité et ne doivent pas gêner le repos des voisins.
Le patient est invité à ne pas utiliser son téléphone portable au moment des soins et des visites médicales.
Il est strictement interdit d'effectuer des prises de vues photographiques ou vidéos des personnels et locaux du C.H. d'Uriage, sans autorisation préalables formalisée.

5.1.4.2 Détention et usages d'objets, de produits illicites ou d'armes

Il est interdit d'introduire à l'hôpital, alcool, armes, explosifs, produits incendiaires, produits stupéfiants, toxiques, ainsi que tout objet ou substance manifestement dangereux ou prohibés par la loi.
Toute détention d'objets et de produits prohibés entrainera la confiscation desdits objets et leur remise à l'autorité publique.
De plus, la sortie par mesure disciplinaire pourra être décidée et signifiée. (§ 4.3.4.2).

5.1.4.3 La responsabilité des effets et biens personnels

Lors de sa préadmission, le patient est invité à ne pas apporter avec lui des objets de valeurs et des sommes d'argent importantes. Tant que le patient n'a pas été hospitalisé, il reste responsable de ses affaires.
L'hôpital ne peut pas mettre en place de dépôts volontaires d'argent, de bijoux et/ou d'objets de valeur. Le patient est donc invité à prévoir un cadenas afin de sécuriser son placard individuel en chambre.

Si le patient est inconscient, un inventaire contradictoire des sommes d'argent et de tous les objets et vêtements dont le patient est porteur est aussitôt dressé et signé par deux personnes du service de soins dans lequel il se trouve et le cas échéant, son accompagnant.
Le dépôt des sommes d'argent, de bijoux et/ou objets de valeur que l'intéressé détenait est alors effectué par le personnel hospitalier. Ce dépôt est confié à un régisseur des recettes de l'hôpital.

En cas de décès ou si le patient n'a pas pu récupérer ses valeurs à la fin du séjour, ces dépôts sont transmis au trésor public de l'établissement en application des articles R.1113-3 et R.1113-6 du code de la santé publique.

5.1.5 La tenue

Les usagers doivent être revêtus d'une tenue décente et pour les patients, adaptée à la prise en charge.
En piscine sont autorisés, les maillots de bain 1 pièce ou 2 pièces, les slips et boxers de bain, les combinaisons de piscine polyamide/élasthanne taille shorty et manches courtes. Les shorts de bains, burkinis, strings et tangas ne sont pas acceptés.

Document approuvé

5.1.6 La laïcité – Respect et neutralité du service public

Les usagers respectent les professionnels qui les prennent en charge ainsi que, dans leur comportement et leur propos, les principes de neutralité et de laïcité applicables au centre hospitalier en tant que service public hospitalier.

Les hôpitaux n'ont pas d'obligation de respecter les interdits alimentaires. Les patients peuvent porter des signes religieux et pratiquer leur culte **uniquement** dans leur chambre considérée comme leur domicile. Les limitations tiennent au risque d'atteinte à la qualité des soins et aux règles d'hygiène, à la tranquillité des autres patients, notamment en chambre double, et au fonctionnement régulier du service.

5.1.7 Le respect des règles d'hygiène et de sécurité

Les usagers sont tenus de respecter une stricte hygiène corporelle et sont priés d'apporter à l'hôpital pendant leur séjour :

- Leur nécessaire de toilette (brosse à dent, dentifrice, savon, rasoir etc.),
- Leur linge et leurs effet personnels (serviettes, gants de toilette, pyjama, robe de chambre, pantoufles, maillot de bain, vêtement de sport, etc.).

Les usagers doivent respecter les consignes données par les personnels hospitaliers en matière d'hygiène et revêtir les tenues et accessoires nécessaires. Le non-respect de cette règle pourra conduire à une sortie disciplinaire.

5.1.8 Les animaux domestiques

Il est interdit d'introduire à l'hôpital des animaux.

Cas des chiens d'aveugles : la circulaire N°40 du 16 juillet 1984, du Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale et l'article R1112-48 du code la santé publique modifié par le décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 (J.O. n°122 du 27 mai 2003 page 37006) prévoient l'accès des chiens guides d'aveugles aux centres hospitaliers, dans les structures d'accueil ou les salles d'attente. Cependant, il leur est interdit d'entrer dans les chambres des patients ainsi que dans les salles de soins.

5.1.9 L'interdiction de fumer ou vapoter – Hôpital sans tabac

Il est interdit de fumer ou vapoter dans l'ensemble des locaux clos et couverts de l'hôpital.

Cette interdiction concerne au même titre les locaux d'accueil et de réception, les locaux affectés à la restauration, les salles de réunion et de formation, les salles et espaces de repos, les locaux réservés aux loisirs, à la culture et au sport et tous les locaux sanitaires et médico-sanitaires, y compris les chambres.

Une signalisation apparente rappelle, dans les locaux clos et couverts fréquentés par les patients, leurs accompagnants ou leurs proches, et par les personnels, le principe de l'interdiction de fumer.

5.1.10 Le bon usage des biens et des locaux de l'hôpital

Les usagers respectent le bon état des locaux et des objets qui sont mis à leur disposition. Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entrainer l'exclusion de l'usager dans les conditions évoquées précédemment.

5.1.11 La charte de comportement de l'usager

La vie hospitalière requiert des usagers accueillis le respect de règles collectives exposées dans le cadre du présent règlement intérieur ; ces règles sont justifiées tant par leur intérêt propre que par l'intérêt de tous les autres usagers de l'établissement.

En particulier, le comportement et les propos des usagers ne doivent pas être une gêne pour les autres usagers, pour les personnels et pour le fonctionnement du service.

Document approuvé

5.1.12 La circulation, stationnement des véhicules et application du code de la route

Les voies de dessertes et les stationnements situés dans l'enceinte du C.H. d'Uriage sont des dépendances du domaine public du C.H. d'Uriage. Aussi, les autorités hospitalières les créent, aménagent et organisent en fonction des besoins du service public.

En accord avec l'application du Code de la route, le Directeur réglemente l'accès, la circulation et le stationnement des véhicules nécessaires à : l'accueil des usagers ; l'accès pour les personnels ; la livraison ou aux travaux sur site ; l'accès pompier, de la police, des services de secours ainsi que les accès aux Personnes à Mobilité Réduite (P.M.R.).

Il peut donc délivrer des autorisations d'accès, limiter les vitesses, préciser les priorités, interdire, réduire ou réserver l'usage de certaines voies, interdire ou réglementer l'entrée de certains véhicules.

La Direction peut aussi interdire ou réserver des lieux de stationnement, définir les conditions de dépose ou d'arrêt. Cependant, la responsabilité de l'établissement ne saurait être engagée en cas de vol de véhicule ou dans des véhicules stationnés, ni en cas d'éventuelles dégradation subies par ces derniers.

Toute disposition prise doit être signalée ou matérialisée et chaque conducteur est tenu de s'y conformer.

Tout stationnement gênant ou dangereux peut, s'il compromet le bon fonctionnement du service public hospitalier, entraîner un déplacement d'office du véhicule avec mise en fourrière. Les frais d'enlèvement et ceux liés à l'immobilisation du véhicule sont mis à la charge de son propriétaire. Une action en dommages et intérêts peut être intentée à l'encontre du contrevenant considéré, qui en sera informé par lettre recommandée avec accusé de réception.

5.1.13 Les visites et les extérieurs de l'établissement

La Direction, en concertation avec l'équipe médicale, fixent les horaires de fin de visite et de fermeture de l'établissement. L'affichage de ces horaires est disponible à l'entrée et dans l'établissement. Les accompagnants, hors ceux autorisés par l'équipe médicale à demeurer dans la chambre du patient, quittent l'établissement à l'heure fixée.

Chaque service fixe, selon l'état de santé du patient et ses spécificités, le nombre maximum d'accompagnants autorisés à être simultanément présents dans le service.

5.1.13.1 Le parc et les espaces verts

Sauf situation exceptionnelle soumise à des restrictions de déplacement, les patients ont la possibilité de se déplacer hors du secteur de soins dans lequel il est hospitalisé à la condition expresse qu'ils en informent l'équipe soignante ; ils doivent être revêtus d'une tenue décente et adaptée à la prise en charge.

Les patients doivent respecter les locaux non autorisés.

A partir du début du service de nuit, les patients hospitalisés doivent s'abstenir de tout déplacement hors du service. Il est recommandé de rester dans les limites du périmètre de l'établissement. En cas de sortie à l'extérieur de ce périmètre, le patient doit prévenir l'équipe soignante lorsqu'il quitte l'hôpital et indiquer l'heure estimée de retour.

5.1.14 Les associations de bénévoles

Document associé : PECDIP-FT008 – Charte des Bénévoles

L'activité des associations bénévoles s'inscrit dans le cadre des dispositions règlementaires fixées par le code de la santé publique ainsi que par les conventions de bénévolat et de partenariat établies entre le C.H. d'Uriage et chacune des associations concernées par des interventions dans ses services.

Document approuvé

Chaque association communique la liste des bénévoles qu'elle propose de faire intervenir dans l'établissement ; ces personnes sont reconnaissables au badge qu'elles portent obligatoirement lorsqu'elles sont présentes dans les services. Les bénévoles sont tenus de respecter la personnalité du patient ainsi que son droit au repos et à l'intimité.

Une charte a été élaborée. Elle est signée par les bénévoles intervenant dans l'établissement qui s'engagent à la respecter.

5.1.15 Les interdictions d'accès aux démarcheurs, photographes, enquêteurs

Les visiteurs médicaux obéissent à la charte de l'information par démarchage ou prospection visant à la promotion des médicaments du 15 octobre 2014.
Les démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs n'ont pas accès au C.H. d'Uriage sauf autorisation spécifique. En cas de non-respect de cette interdiction, avec l'intention d'y exercer leur activité, ils doivent être immédiatement exclus. Aucune enquête, même téléphonique, ne peut être menée auprès des patients sans l'accord de la Direction et les patients ne peuvent en aucun cas être tenus d'y répondre.

5.2 La continuité de fonctionnement

5.2.1 Les astreintes administratives

Une astreinte administrative est organisée pour veiller à la bonne marche de l'établissement et parer à tout événement qui pourrait en entraver le fonctionnement normal et continu. Elle est assurée par un membre de l'équipe d'encadrement ou de la Direction selon un calendrier établi par le Directeur de l'établissement et communiqué aux équipes.

Pendant son astreinte, le membre de l'encadrement ou de la Direction est contacté via les numéros de téléphones portables affichés par note de service.
L'administrateur de garde décide de toute mesure nécessaire. En cas d'urgence, après avoir rendu compte et alerter le Directeur de l'établissement ou son remplaçant, l'administrateur de garde peut réunir la cellule de crise et décider du déclenchement du Plan Blanc si la situation l'exige.

5.2.2 Les astreintes médicales

Des astreintes opérationnelles et des astreintes de sécurité sont assurées par l'équipe médicale.
(Voir chapitre 3.4.6.) selon un protocole établi et validé par la Commission Médicale d'Établissement.

5.3 Les règles de sécurité

5.3.1 La nature des règles de sécurité générale

Elles visent à assurer la protection des personnes et des biens contre les risques ainsi que le calme et la tranquillité des usagers. Le Directeur étant responsable de la conduite générale du C.H. d'Uriage, il édicte les règles par voie de recommandations générales ou de 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.
Il veille également au respect des règles de sécurité de son fonctionnement et coordonne leur mise en œuvre.

Ces règles visent à :

- Éviter 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 assurés au C.H. d'Uriage ;
- Éviter voire pallier les conséquences des accidents dus à des défaillances techniques, humaines ou à des facteurs naturels ;
- Protéger les personnels, leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement.

Document approuvé

5.3.2 Les dispositifs de sécurité générale

Documents associés : SUPLOG-M004 – Fermeture, Vérification et ouverture des issues de l'établissement ; SUPLOG-M053 – Fermeture/Ouverture des portes coulissantes et gestion des incidents.

Les dispositifs de sécurité générale ont pour but de limiter les risques et ont été édictés par le Directeur.

Quelle soit la raison de sa présence dans l'enceinte du C.H. d'Uriage, toute personne ayant pénétré doit se conformer aux règles de sécurité et de sûreté, dans l'intérêt général. Elle doit respecter les indications qui lui sont données et, le cas échéant, obéir aux injonctions des personnels habilités.

5.3.3 Les règles de responsabilité

Le C.H. d'Uriage met en place des mesures de protection et de surveillance pour éviter la survenue d'événements préjudiciables à son bon fonctionnement. Les faits de délinquance perpétrés dans l'enceinte de l'établissement engagent la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non. Les victimes de dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel. Le Directeur porte une plainte pour les dommages subis par le C.H. d'Uriage.

5.3.3.1 La responsabilité civile

En tant qu'établissement public de santé, les agents (titulaires et contractuels) ne sont pas civilement responsables des dommages qu'ils causent à l'occasion de leur activité professionnelle. C'est donc le C.H. d'Uriage qui assume cette responsabilité indemnitaire vis-à-vis des plaignants.

En pratique, c'est l'assureur de responsabilité civile du C.H. d'Uriage qui verse l'indemnité au plaignant si la responsabilité du C.H. d'Uriage est reconnue. En cas de « faute personnelle détachée du service », l'agent public peut voir sa responsabilité civile engagée. Il s'agit du cas de « manquement volontaire inexcusable à des obligations d'ordre professionnel ou déontologique ».

5.3.3.2 La responsabilité pénale

Tout professionnel de santé, quel que soit son statut, peut voir sa responsabilité pénale engagée dès lors qu'il est reconnu comme étant auteur de faits constitutifs d'une infraction.

Le C.H. d'Uriage, en tant que personne morale, peut être condamné pénalement pour des infractions commises à l'occasion de la prise en charge de patients.

5.3.4 Le plan Vigipirate

Les mesures Vigipirate s'appliquent à toute personne présente sur le site du C.H. d'Uriage, la sécurité est l'affaire de chacun, en particulier sur les zones d'accès restreint, les locaux non ouverts au public, les zones techniques ou de travaux.

Sous peine d'engager sa responsabilité, il est strictement interdit de faciliter l'accès d'une personne dans une zone à accès restreint ou réservée aux personnels.

Des matériels et effets personnels, entreprises, patients et visiteurs sont placés sous leur responsabilité. Ils ne doivent en aucun cas conduire à une situation suspecte par négligence (abandon…). Un comportement responsable et vigilant est attendu par tous.

5.3.5 La sécurité incendie

Documents associés : SUPLOG-M011 – Réarmement de la centrale incendie ; SUPLOG-M018 – CAT en cas d'incendie ; SUPLOG-P010 – Signal sonore d'alerte incendie.

Comme tout établissement ouvert et accueillant du public, le C.H. d'Uriage est assujetti aux règles de sécurité anti-incendie applicables.

Certaines de ces installations (dépôt de liquide inflammable, liquide de produits radioactifs, de secteur d'archive, centrale électrique…) doivent en outre être conformes aux dispositions législatives et règlementaires relatives aux installations classées pour la protection de l'environnement.

L'établissement tient un registre de sécurité sur lequel sont reportés les renseignements indispensables à la prévention des accidents de toutes origines et notamment les incendies.

Document approuvé

Toute personne témoin d'un incendie doit prévenir immédiatement tout professionnel de santé présent dans l'établissement qui doit intervenir sur le début d'incendie avec les extincteurs mobiles à disposition conformément aux consignes générales de sécurité qui sont affichées dans tout le bâtiment.

Le service avertit le Directeur ou le personnel d'astreinte administrative qui déclenche le cas échéant le Plan d'Organisation Interne des Secours (POIS).

Afin de garantir la sécurité de tous, le personnel hospitalier veille à ce que :

- Rien n'entrave la fermeture des portes coupe-feu à déclenchement automatique,
- Les couloirs, les sorties, les issues de secours et tout dégagement soient libres de tout obstacle rendant difficile l'évacuation éventuelle en cas d'incendie.

Enfin l'établissement déclenche autant que nécessaire les visites règlementaires des commissions de sécurité.

Tous les agents hospitaliers suivent une formation obligatoire qui porte sur les risques Incendie ainsi que les moyens de maitrise et déclenchement de l'alerte.
Les sessions sont mises en place annuellement et un suivi de présence est fait par le service des ressources humaines.

5.3.6 Les rapports avec l'autorité judiciaire, les autorités de police et de gendarmerie

Les crimes et délits, portés à la connaissance du Directeur, doivent être transmis sans délai au Procureur de la République. Le Directeur avise également l'officier de gendarmerie de Domène.
D'une manière générale, le Directeur s'assure, en cas de délit ou crime, que les indices utiles à la manifestation de la vérité soient préservés.
Seul le Directeur du C.H. d'Uriage a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de police ou de gendarmerie. Il peut demander, si cela lui semble nécessaire, une intervention de police ou de la gendarmerie au sein du C.H. d'Uriage. L'autorité de police ou de gendarmerie appréciera si cette intervention est possible ou nécessaire.

En cas d'enquête de police judiciaire, le Directeur du C.H. d'Uriage veille à ce que soient pris en considération, dans les meilleures conditions possibles, les impératifs et les garanties tirées de l'application de la loi pénale, du secret professionnel, de la Charte du patient hospitalisé et d'une manière générale des droits du citoyen.

6 Règles de vie hospitalière et Dispositions relatives au personnel de l'établissement

6.1 Les principes fondamentaux de l'activité professionnelle

6.1.1 Les accès au lieu de travail

En dehors des horaires de travail, l'enceinte des bâtiments est inaccessible à tout agent hospitalier en dehors des locaux ouverts au public.
Cependant les professionnels peuvent bénéficier de dérogation ou d'autorisation délivrée par leur autorité hiérarchique.

6.1.2 Le temps de travail – sorties pendant les horaires de travail

Le professionnel a l'obligation d'occuper l'emploi sur lequel il a été nommé et le refus de rejoindre son poste constitue une faute disciplinaire. Il doit respecter la durée du travail et les horaires établis par son encadrement. Il doit également exercer personnellement ses fonctions et ne peut déléguer une partie d'entre elles que si un texte l'y autorise. Tout professionnel 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.

Cette règle générale connaît naturellement des adaptations et des aménagements pour différents motifs donnant lieu à des réglementations spécifiques comme le temps partiel thérapeutique....

Document approuvé

Tout professionnel souhaitant s'absenter durant son temps de travail doit en informer au préalable son encadrement ou l'encadrement d'astreinte pour validation et remplir le formulaire « feuille de congé » lorsque l'accord a été donné.

6.1.3 L'obligation de signalement des risques et évènements indésirables

Documents associés : MANQGR-P008 – Signalement et traitement des Évènements Indésirables (EI) ; MANQGR-FT015 – Charte d'incitation au signalement d'Évènement Indésirables

Tout membre du personnel de l'établissement qu'il soit victime, acteur ou témoin d'un évènement mettant en jeu la sécurité des soins, des personnes et des biens, est tenu d'en alerter immédiatement selon la procédure en vigueur. Ce signalement ne lui sera pas reproché.

6.1.4 Le respect des règles de déontologie

Les règles de déontologie qui encadrent les activités des professionnels de santé sont fixées par différents codes et chartes.
Les principaux sont : secret professionnel et discrétion professionnelle, probité, discernement, impartialité, respect de la population, principe de bienfaisance….

6.1.5 L'identification du personnel, l'exigence d'une tenue et d'un comportement corrects, les communications téléphoniques personnelles

Documents associés : SUPLOG-P008 – Tenue vestimentaire du personnel hospitalier ; SUPLOG-P054 – Gestion des tenues vestimentaires

Afin de se faire connaître des patients et de leurs familles et sauf exceptions décidées par le Directeur, les professionnels du C.H. d'Uriage en contact avec les patients hospitalisés ou le public portent en évidence, pendant l'exécution de leur service, un badge ou tout autre moyen d'identification précisant leur nom, leur prénom et leur qualité.

La tenue est un élément du respect dû aux patients. Une tenue correcte tant dans l'habillement que dans le langage est exigée pour l'ensemble du personnel.
Pour le personnel le nécessitant une tenue professionnelle est fournie par l'établissement. Son entretien est réalisé également par le C.H. Aucune tenue ne doit être sortie du C.H. et nettoyée à l'extérieur.

Par ailleurs pour des raisons d'hygiène, le port des bijoux et autres accessoires par les professionnels est interdit dans les secteurs de soins et médicotechniques.

Les communications téléphoniques à caractère personnel reçues ou passées dans le cadre du travail doivent être strictement limitées au cas d'urgence et justifiées. L'utilisation du téléphone portable personnel durant son activité professionnelle doit être contenue.

6.1.6 Les moyens d'accès

Une clé sécurisée est remise à chaque agent hospitalier. Il en a la responsabilité. Elle permet d'ouvrir les locaux ou zones placées sous contrôle et filtrage.
La clé demeure la propriété de l'établissement. Elle peut être retirée en cas de non-respect de son utilisation. Elle est strictement personnelle et ne peut être ni prêtée, ni échangée, ni cédée à un tiers.
Elle doit être remise en cas de départ définitif de l'agent. Toute perte ou vol de ce moyen d'accès doit faire l'objet d'un signalement sans délai à l'encadrement. Un nouveau moyen d'accès sera remis moyennant une contribution financière.

6.1.7 Le travail en équipe, respect mutuel et information du supérieur hiérarchique

Tout agent avise son supérieur hiérarchique dans les plus courts délais, des situations le plaçant dans l'impossibilité d'assurer son activité professionnelle planifiée ainsi que des incidents de toute

Document approuvé

nature dont il a connaissance à l'occasion de son service (ex : accident du travail, accident de trajet, violence hospitalière…).
De même, tout professionnel amené à conduire un véhicule de l'établissement dans le cadre de ses fonctions doit obligatoirement et immédiatement informer son supérieur hiérarchique de tout incident ou accident (excès de vitesse, amende).

6.1.8 Le Service de Santé au Travail

Document associé : SUPGRH-E010 – missions des services de santé au travail

Lors du recrutement dans la Fonction Publique Hospitalière, l'agent est soumis à un examen médical auprès d'un médecin généraliste agréé qui vérifie l'aptitude à exercer un emploi public. Au cours de sa carrière, l'agent bénéficie régulièrement d'examens auprès du médecin du travail.

6.1.9 Le bon usage des biens du CH d'Uriage, des biens confiés, trouvés

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 le C.H. d'Uriage. L'établissement est fondé à exiger un remboursement en cas de dégradation volontaire. Les biens ne doivent pas être à d'autres fins, notamment à des fins personnelles sans autorisation. Il est interdit d'emporter tout objet, matériel ou document appartenant à l'établissement sans autorisation.

Aucun agent hospitalier ne doit conserver des objets, documents ou valeurs qui leur seraient confiés par des patients. Ces biens doivent être remis sans délai à leur encadrement.

6.2 Les obligations des professionnels

6.2.1 Le respect des droits du patient et de son confort

Le patient qui effectue un séjour dans un établissement de santé bénéficie d'un certain nombre de droits garantis par la « Charte de la personne hospitalisée ».

Les professionnels s'efforcent, sans distinction de grade ou de fonction, d'assurer au mieux le confort physique et moral des patients dont ils ont la charge en étant attentifs à leurs besoins et leurs demandes, en respectant leurs choix ou refus.
Ces recommandations sont également importantes pour les usagers accueillis. D'une manière générale, le personnel prend toutes les dispositions, dans l'exercice de ses fonctions, pour contribuer personnellement au climat de sécurité et de calme indispensables au sein des locaux hospitaliers. Par son comportement, chaque membre du personnel participe à la lutte contre le bruit (tout particulièrement la nuit) dans les services de soins.

Le C.H. d'Uriage veille en toutes circonstances à prévenir, diagnostiquer, dépister la maltraitance, sous toutes ses formes. C'est l'un des droits fondamentaux du patient, encadré dans la C*harte de Bientraitance du Patient* réalisée en collaboration par la Responsable Qualité et les Correspondants Qualité.

À tout moment lors du séjour du patient, et plus particulièrement lors des soins, des toilettes, des consultations, des visites médicales, des traitements post-opératoires, des radiographies, des brancardages, l'intimité du patient doit être préservée. Toute personne doit frapper avant d'entrer dans la chambre du patient et n'y pénétrer, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invitée par l'intéressé.

Sauf besoin de service ou autorisations spéciales, il est interdit d'introduire dans l'établissement : animaux, alcools, armes, explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi.

6.2.2 Le secret, la discrétion dans l'exercice professionnel et la déontologie

Le secret professionnel s'impose à tous. Les agents sont tenus au secret professionnel concernant les informations confiées, entendues ou comprises dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leur fonction que ce soit par eux-mêmes ou par un membre de l'équipe.

Document approuvé

Le secret couvre tout ce qui a été confié, mais également tout ce qui a vu, entendu ou compris. La violation du secret professionnel est passible de sanctions non seulement disciplinaires mais aussi judiciaires.
L'obligation de discrétion professionnelle et de secret professionnel s'appliquent aussi lorsque les personnels du C.H. d'Uriage s'expriment sur des blogs ou des réseaux sociaux.

En dehors des cas expressément prévus par la règlementation en vigueur (ex : sévices, privations, violence…), les personnels ne sont déliés de cette obligation de discrétion professionnelle ou de secret professionnel que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent.

Les agents du C.H. d'Uriage exercent leur fonction avec dignité, impartialité, intégrité et probité. Ils doivent faire preuve de neutralité et respecter le principe de laïcité.

6.2.3 Les étudiants en santé, stagiaires

Les patients hospitalisés ne peuvent être amenés à participer à des présentations de cas destinées à des étudiants en santé ou des stagiaires sans avoir donné au préalable leur consentement. Il ne peut être passé outre à leur refus. Le C.H. d'Uriage étant un établissement public de santé, il participe à la formation des futurs médecins ou soignants et accueille des étudiants en santé, des stagiaires et des chercheurs qui peuvent participer ou observer les prises en charge des patients. Ceux-ci doivent s'identifier auprès des patients et demander leur accord.

Chaque patient peut refuser la présence ou l'intervention de l'étudiant en santé, du stagiaire ou du chercheur et son avis doit être immédiatement respecté.

6.2.4 L'obligation d'effectuer les tâches confiées (devoir d'obéissance)

Tout professionnel, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches et des missions qui lui sont confiées. Il a obligation de se conformer aux instructions définies par l'Institution et celles de son supérieur hiérarchique. Il n'est dégagé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité d'autrui.
Le refus d'obéissance équivaut à une faute professionnelle.

Le pouvoir hiérarchique s'exerce à la fois sur l'activité du service (instructions de travail) et sur son organisation (missions, affectation de chaque professionnel). Les instructions peuvent être orales ou écrites. L'obligation d'obéissance peut être levée lorsque l'ordre donné est manifestement illégal et susceptible de compromettre gravement l'intérêt public.
Elle peut aussi être levée lorsque le professionnel a un motif raisonnable de penser qu'une situation de travail présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé. Il peut alors faire valoir son droit de retrait et se retirer de cette situation.
Elle peut enfin être levée en cas de harcèlement.

Le corps infirmier applique et respecte la prescription médicale écrite, datée et signée par le médecin prescripteur ainsi que les protocoles thérapeutiques et les soins d'urgence déterminés, dans le respect des règles professionnelles applicable au corps infirmier. Il doit alerter le médecin en cas de doute ou d'incompréhension d'une prescription.

6.2.5 L'obligation d'information au public

Les fonctionnaires ont le devoir de satisfaire aux demandes d'information du public. Toute personne a le droit de connaître les informations contenues dans un document administratif dont les conclusions lui sont opposées. L'accueil et l'information des familles s'effectuent avec tact et ménagement, en toute circonstance.

6.2.6 L'obligation de désintéressement – obligation de déclaration d'intérêts

Les personnels de l'établissement ne peuvent prendre, par eux-mêmes ou par des personnes interposées, des intérêts dans une entreprise en relation avec le C.H. d'Uriage. Cela compromettrait son indépendance et pourrait prendre la forme de corruption passive ou de trafic d'influence.

Document approuvé

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

6.2.7 La limitation de l'exercice d'une activité privée lucrative

Les agents du C.H. d'Uriage sont tenus de se consacrer exclusivement à leurs fonctions. Toutefois, il peut être dérogé à cette interdiction dans les conditions prévues par la réglementation générale sur les cumuls d'emploi ou de rémunération. Ils doivent en faire la demande au préalable auprès de la Direction.

6.2.8 L'interdiction de bénéficier de prestations en nature et en espèce

Dans le cadre de ses fonctions au sein de l'établissement, l'agent ne peut recevoir de prestations en nature ou en espèces provenant d'entreprises qui assurent des prestations, produisent ou commercialisent des produits.

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

6.2.9 Le principe de neutralité/liberté de conscience et d'opinion

Tout agent doit observer, dans l'expression de ses sentiments et de ses pensées, une réserve compatible avec l'exercice de ses fonctions. Il est tenu dans l'exécution de son service, au devoir de stricte neutralité qui s'impose à tout agent collaborant au service public ; il doit s'abstenir de tous propos, discussions ou comportement excessifs ou déplacés.

Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les patients ou sur leurs familles.

Neutralité : toute personne au sein du C.H. d'Uriage est tenue au respect du principe de neutralité du service publics dans ses actes comme dans ses paroles. Les réunions publiques de quelque nature qu'elles soient, sont interdites au sein de l'hôpital, sauf autorisation expresse du Directeur.

Laïcité : le service public est laïc. Il en résulte notamment que les signes d'appartenance religieuse, quelle qu'en soit la nature, ne sont pas tolérés au sein de l'établissement, qu'ils soient arborés, individuellement ou collectivement, par les patients, leurs familles, les personnels ou toute autre personne, dès lors que ces signes constituent 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.

La dissimulation du visage dans l'espace public est interdite depuis le 11 avril 2010. Il s'agit d'une infraction pénale constitués dès lors qu'une personne se trouvant dans l'espace porte une tenue destinée à dissimuler son visage.

Tous les agents publics, entendus au sens large, sont tenus de respecter l'obligation de neutralité, qu'ils soient ou non en contact avec le public. Cette obligation implique l'interdiction du port de signes religieux ou pouvant acquérir une signification religieuse. En ce qui concerne le port d'une charlotte opératoire portée en dehors des blocs opératoires, elle constitue un signe religieux et n'est pas admise au CH d'Uriage. Seul l'usage d'un bandeau est permis sans couvrir la totalité de la chevelure.

6.2.10 L'interdiction de harcèlement moral ou sexuel envers les patients ou envers les personnels

Il est strictement interdit à un professionnel du C.H. d'Uriage, quel qu'il soit, de procéder à des actes de harcèlement moral ou sexuel. Les sanctions applicables sont non seulement d'ordre disciplinaire mais également d'ordre judiciaire.

Lorsque des faits constitutifs d'une violence sexuelle, d'une discrimination, d'un harcèlement moral et/ou sexuel, ou d'un agissement sexiste sont signalés par un agent ou un témoin, la Direction du C.H. d'Uriage

peut réunir, en fonction de la nature des faits signalés, la cellule d'écoute et de signalement instaurée au C.H. Le signalement peut se faire par tout moyen de communication (mail à l'adresse des membres de la cellule, fiche de signalement disponible dans l'intranet).

6.2.11 Le respect des règles d'hygiène et de sécurité

Les professionnels du C.H. d'Uriage observent strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service. Pour tous les professionnels intervenant auprès des patients, la tenue vestimentaire doit être conforme à la règlementation.
Les professionnels doivent respecter l'interdiction de fumer dans les locaux de l'établissement.

Ils peuvent cependant fumer dans les parties du C.H. d'Uriage prévues à cet effet.
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.

Les personnels doivent respecter l'interdiction de consommer de l'alcool ou des stupéfiants.
La consommation d'alcool n'est pas autorisée en dehors des occasions particulières : pot de départ, cérémonie des vœux, …
En aucun cas, l'introduction d'alcool n'est admise pour des réunions à titre convivial au sein des services sans en avoir demandé au préalable l'autorisation à la Direction.

La consommation et la détention de produits stupéfiants sont totalement interdites au sein du C.H. d'Uriage.

L'accès à l'établissement est en particulier interdit à toute personne en état d'ivresse ou sous l'emprise de stupéfiants ; en cas de suspicion d'un état d'ébriété ou sous l'emprise de stupéfiants d'un agent sur les lieux du travail, il pourra être procédé à la réalisation de test d'alcoolémie ou de recherche de stupéfiants conformément à la règlementation par le Directeur ou son représentant et également par la médecine du travail.

6.2.12 Les sanctions disciplinaires

Un membre du personnel du C.H. d'Uriage qui commet une faute au cours de ses fonctions encourt une sanction disciplinaire.
Pour les agents titulaires de la Fonction Publique Hospitalière, les sanctions disciplinaires sont réparties en quatre groupes :

- L'avertissement, le blâme,
- La radiation du tableau d'avancement, l'abaissement d'échelon, l'exclusion temporaire de fonctions pour une durée maximale de 15 jours,
- La rétrogradation, l'exclusion temporaire de trois mois à deux ans,
- La mise à la retraite d'office, la révocation.

Les premières sanctions (avertissement ou blâme) sont prononcées par le Directeur.
Les suivantes le sont par le Directeur après avis du Conseil de Discipline (émanation de la Commission Administrative Paritaire Départementale).

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

Les sanctions disciplinaires susceptibles d'être appliquées aux agents contractuels sont les suivantes

- L'avertissement,
- Le blâme,

Document approuvé

- L'exclusion temporaire des fonctions avec retenue de traitement pour une durée maximale de six mois pour les agents recrutés pour une période déterminée et d'un an pour les agents sous contrats à durée indéterminée,
- Le licenciement, sans préavis ni indemnité de licenciement.

6.3 Les droits du personnel du C.H. d'Uriage

6.3.1 Le respect de la liberté de conscience et d'opinion politique, syndicale, philosophique ou religieuse

La liberté d'opinion est garantie aux fonctionnaires. Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les fonctionnaires en raison de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, de leur origine, de leur orientation sexuelle ou identité de genre, de leur âge, de leur patronyme, de leur situation de famille, de leur état de santé, de leur apparence physique, de leur handicap ou de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie ou une race.
Aucun agent public ne peut être discriminé en matière d'embauche, de formation, de salaire.

6.3.2 Le droit syndical

Il est garanti à chaque agent public. Chaque agent peut librement adhérer à un syndicat et exercer des mandats. Le droit syndical des personnels du C.H. d'Uriage s'exerce conformément à la règlementation 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. Les organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions. Leurs représentants disposent d'autorisations spéciales d'absence et de décharges d'activités de service.

6.3.3 Le droit de grève

Les agents du C.H. d'Uriage bénéficient du droit de grève dans les conditions prévues par la loi. Ainsi l'établissement s'organise par le biais des assignations afin de garantir l'exercice du droit de grève et la continuité du service. En effet, tout agent assigné, même s'il se déclare gréviste ou en télétravail, se doit d'être présent et d'assurer son service sur son lieu de travail. L'exercice du droit de grève est soumis à un préavis. Il entraîne des retenues sur rémunération.

6.3.4 Le droit à la protection

Aucun agent ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral ou sexuel 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.

Les personnels bénéficient, à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection organisée par l'établissement qui les emploie. L'établissement est tenu de protéger les agents contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions, et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en résulte.

6.3.5. Le droit d'accès à son dossier individuel

Tout agent a le droit de consulter son dossier administratif, seul ou accompagné de la personne de son choix (un collègue, représentant du personnel ou syndical) sans avoir à s'en justifier ou en donner le motif. Un représentant de l'établissement (Direction ou services des ressources humaines) doit être présent lors de cette consultation.

6.3.6. Le droit de retrait

Un membre du personnel a la possibilité de se retirer d'une situation de travail, dès lors qu'il existe un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé. Le droit de retrait permet alors au membre du personnel concerné de n'encourir aucune sanction, ni aucune retenue de traitement. Le travail peut être pénible ou comporter certains risques, sans pour autant présenter une situation de danger et justifier la mise en œuvre du droit de retrait. Cette faculté doit s'exercer selon la législation en vigueur.
L'existence d'un Comité Social d'Établissement participe à la garantie de ce droit.

Document non opposable

6.3.7. Le droit à la formation

Le droit à la formation professionnelle tout au long de la vie est reconnu aux agents qui bénéficient chaque année, en fonction de son temps de travail, d'un droit individuel à la formation qu'il peut invoquer. Ce droit est mis en œuvre à l'initiative de l'agent en accord avec son administration ou à l'initiative de l'administration. Celle-ci prend en charge les frais de formation.
Par ailleurs, les agents peuvent être tenus de suivre des actions de formation professionnelle et de recyclage.

Le service des Ressources Humaines accompagne le développement des compétences des professionnels de l'hôpital, favorise l'amélioration des pratiques en proposant des formations, facilite l'accès aux dispositifs de promotion ou de reconversion.

Un plan de formation annuel du personnel non médical est mis en place avec avis préalable du Comité Social d'Établissement.

6.3.8. Le droit à l'Évaluation Professionnelle

Chaque année, les agents font l'objet d'une évaluation ayant pour but d'apprécier leur valeur professionnelle. Cet entretien professionnel est organisé dans des conditions qui garantissent la confidentialité et qui donne lieu à un compte-rendu. Cette évaluation est prise en compte pour l'évolution professionnelle de l'agent.

6.3.9 Le droit à la rémunération

Les agents ont droit, après service fait, à une rémunération selon les conditions fixées par la loi et suivant leur grade.

6.3.10 Le droit aux congés

Les agents ont droit à des congés annuels, des congés de maladie, des congés de maternité, des congés de formation professionnelle, des congés de formation syndicale, dans les conditions fixées par les statuts de la Fonction Publique Hospitalière.

Les agents ont droit à des jours fériés et, en fonction du nombre d'heures travaillées, à un certain nombre d'heures de RTT conformément au protocole d'accord local sur l'OARTT.

Des autorisations d'absence exceptionnelles n'entrant pas dans le calcul des congés annuels peuvent être accordées, sous réserve des nécessités de service, selon les textes.

6.3.11 Le repas

Les agents hospitaliers peuvent bénéficier du self du personnel, pour les déjeuners, du lundi au vendredi ; le menu servi est le même que celui des patients hospitalisés. Le tarif des repas est fixé annuellement et porté à la connaissance du personnel.

Document approuvé

7 Dispositions relatives au Règlement Intérieur

7.1 Adoption du Règlement Intérieur

Conformément au Code de la Santé Publique, le présent règlement est soumis à l'approbation du Conseil de Surveillance après avoir fait l'objet de présentations devant les Instances de l'établissement : Directoire, Commission Médicale d'Établissement (CME), Comité Social d'Établissement (CSE), Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques (CSIRMT) et de la Commission Des Usagers (CDU).

7.2 Mise à disposition du Règlement Intérieur

Ce document est mis à disposition de toute personne intéressée : personnel, patients, visiteurs**.** Il est disponible via le logiciel de gestion électronique des documents internes. Un exemplaire papier peut également être consulté sur demande, auprès des différents secrétariats, bureau d'admissions et de l'encadrement de chaque service de soins.

7.3 Mise à jour du Règlement Intérieur

Ce règlement intérieur fera l'objet de mises à jour régulières, dans le respect des réglementations, lorsque les dispositions légales ou réglementaires nécessiteraient d'en modifier le contenu.

8. Annexes

8.1. Charte du patient hospitalisé
8.2. Charte de la laïcité
8.3. Politique Qualité
8.4. Politique Qualité de vie au travail
8.5. Charte de bientraitance du patient
8.6. Charte Romain Jacob
8.7. Charte d'incitation au signalement
8.8. Article : la laïcité dans les établissements publics

Document approuvé