

REGLEMENT INTERIEUR

SOMMAIRE

CHAPITRE Ier: INTRODUCTION	p.5
Art. 1 - Missions	p.5
Art. 2 - Présentation de l'établissement	p.5
CHAPITRE II : ORGANISATION ADMINISTRATIVE	p.6
Art. 3 - Conseil de surveillance	p.6
Art. 4 - Le directeur & le directoire	p.7
Art. 5 - La commission médicale d'établissement	p.8
Art. 6 - Le comité technique d'établissement	p.11
Art. 7 - La commission des relations avec les usagers & de la qualité (CRUQ)	p.12
Art. 8 - Conseil de la vie sociale	p.13
Art. 9 - La commission du service de soins infirmiers	p.13
Art. 10 - Les commissions administratives paritaires locales	p.14
Art. 11 - Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail	p.14
Art. 12 - Conseil de service et droit à l'expression directe	p.15
Art. 13 - Droits à l'expression directe	p.15
CHAPITRE III : ORGANISATION MEDICALE	p.16
Art. 14 - Code de déontologie	p.16
Art. 15 - Organisation médicale au sein du centre hospitalier	p.16
Art. 16 - Le pharmacien	p.16
Art. 17 - Visite médicale quotidienne	p.17
Art. 18 - Continuité médicale des soins	p.17
CHAPITRE IV : TRAITEMENT INFORMATISE DES INFORMATIONS NOMINATIVES	p.17
Art. 19 - Droit d'accès	p.17
CHAPITRE V : DISPOSITIONS RELATIVES AUX HOSPITALISATIONS EN SERVICE SSR	p.18
Art. 20 - Charte de la personne hospitalisée – principes généraux	p.18
Art. 21 - Modalités d'admission	p.19
Art. 21 - Les soins urgents	p.19
Art. 22 - Accueil des hospitalisés – livret d'accueil	p.19
Art. 23 - Effets personnels	p.19
Art. 24 - Prise en charge des frais d'hospitalisation	p.19
Art. 25 - Information du malade sur les soins et sur son état de santé	p.20
Art. 26 - Information de la famille	p.20
Art. 27 - Discretion demandée par le patient	p.20

Art. 28 - Autorisations de sortie	p.20
Art. 29 - Formalités de sortie	p.20
Art. 30 - Sortie contre avis médical	p.20
Art. 31 - Sortie disciplinaire	p.21
Art. 32 - Sortie après refus de soins	p.21
Art. 33 - Sortie des malades a l'insu du service	p.21
Art. 34 - Questionnaire de sortie	p.21
Art. 35 - Transport en ambulance	p.21

CHAPITRE VI : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESIDENTS (EHPAD : Maison de Retraite & Long Séjour) p.22

Art. 36 - Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante	p.22
Art. 37 - Modalités d'admission	p.22
Art. 38 – Référent familial	p.23
Art. 39 - Coordonnateur du secteur hébergement des personnes âgées	p.23
Art. 40 - Attestation d'assurance	p.23
Art. 41 - Vie dans l'établissement	p.23
Art. 42 - Chambre, mobilier	p.24
Art. 43 – Linge	p.24
Art. 44 - Sortie – absence	p.24

CHAPITRE VII : DISPOSITIONS COMMUNES AUX PATIENTS (SSR) & AUX RESIDENTS (EHPAD) CONDITIONS DE SEJOUR p.25

Art. 45 - Dépôt des valeurs et objets	p.25
Art. 46 - Restitution des objets	p.25
Art. 47 - Modalités d'exercice du droit de visite	p.25
Art. 48 - Comportement des visiteurs	p.26
Art. 49 - Horaires des visites	p.26
Art. 50 - Horaires des repas – repas aux accompagnants	p.26
Art. 51 - Comportement des usagers – désordres causes par l'usager	p.27
Art. 52 - Interdiction de fumer	p.27
Art. 53 - Téléphone, internet, télévision, système d'appel	p.27
Art. 54 - Service social	p.27
Art. 55 - Exercice du culte	p.27

CHAPITRE VIII : RELATIONS ENTRE MEDECINS DE L'HOPITAL, MEDECINS TRAITANT & USAGERS p.28

Art. 56 - Conservation du dossier médical	p.28
Art. 57 - Communication du dossier médical	p.28
Art. 58 - Envoi d'un dossier médical succinct	p.28
Art. 59 - Information du médecin traitant (hospitalisés de SSR)	p.28

CHAPITRE IX : MESURES A PRENDRE EN CAS DE DECES **p.29**

Art. 60 - Constat du décès	p.29
Art. 61 - Notification du décès	p.29
Art. 62 - Indices de mort violente ou suspecte	p.29
Art. 63 - Toilette mortuaire et inventaire après-décès	p.29
Art. 64 - Chambre mortuaire	p.29
Art. 65 - Transports de corps a résidence sans mise en bière	p.30
Art. 66 - Transfert du corps en chambre funéraire avant mise en bière	p.30
Art. 67 - Transport de corps après mise en bière	p.30

CHAPITRE X : DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL OBLIGATIONS DES PERSONNELS **p.31**

Art. 68 - Assiduité et ponctualité du personnel	p.31
Art. 69 - Exécution des ordres reçus	p.31
Art. 70 - Information du supérieur hiérarchique de tout incident	p.31
Art. 71 - Conservation en bon état des locaux, matériels et effets	p.31
Art. 72 - Obligation de déposer argent, valeurs ou objets confiés par les usagers	p.31
Art. 73 - Interdiction de pourboires	p.31
Art. 74 - Exercice d'une activité privée lucrative	p.31
Art. 75 - Identification du personnel	p.32
Art. 76 - Tenue vestimentaire de travail	p.32
Art. 77 - Tenue correcte exigée	p.32
Art. 78 - Lutte contre le bruit	p.32
Art. 79 - Lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme	p.32
Art. 80 - Attitude envers les usagers	p.32
Art. 81 - Respect de la liberté de conscience et d'opinion des usagers et visiteurs	p.32
Art. 82 - Accueil des familles	p.33
Art. 83 - Information des familles par rapport aux décisions importantes	p.33
Art. 84 - Envoi rapide des avis d'aggravation	p.33
Art. 85 - Secret professionnel	p.33
Art. 86 - Obligation de discrétion professionnelle	p.33
Art. 87 - Respect du libre choix des familles	p.33
Art. 88 - Accès interdit aux démarcheurs, agents d'affaires	p.33
Art. 89 - Livret d'accueil du personnel	p.33
Art. 90 - Effets et biens personnels / responsabilités	p.33

CHAPITRE XI : REGLES DE CIRCULATION & DE STATIONNEMENT AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT **p.34**

Art. 91 – Circulation et stationnement	p.34
--	------

CHAPITRE I^{er}

INTRODUCTION

Le présent document a pour objet de préciser le mode de fonctionnement, de fixer les règles de vie à l'intérieur de l'établissement, de garantir les droits des patients et des résidents.

Ce règlement a été présenté aux instances de l'établissement. Il a reçu un avis favorable de la Commission Médicale d'Etablissement le 13 février 2014 et du Comité Technique d'Etablissement le xx. Il a été soumis pour avis au Conseil de surveillance le xx et s'applique à compter du xx.

Le Centre Hospitalier de Saint Geoire en Valdaine est un établissement public de santé (EPS). Il est doté de la personnalité morale de droit public et dispose de l'autonomie administrative et financière. L'établissement est en convention de direction commune avec le Centre Hospitalier de Voiron.

Le Centre Hospitalier de Saint Geoire en Valdaine est un établissement de proximité et a pour missions de dispenser des soins et de participer à des actions sanitaires.

Art. 1 - MISSIONS

Le centre hospitalier dispose d'une autorisation d'activité pour :

- des soins de suites et de réadaptation dans le cadre de la filière gérontologique et gériatrique du territoire
- l'hébergement de personnes âgées dépendantes

Il participe :

- aux actions de santé publique et aux actions médico-sociales coordonnées ;
- aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé ;
- aux actions de maintien à domicile, en liaison avec les professionnels de santé locaux

Une convention de coopération est passée avec le Centre hospitalier de Voiron qui dispose de services de courts séjours, de services de soins intensif et d'un plateau technique ce qui permet d'apporter un appui technique et les moyens nécessaires pour assurer ces missions.

Art. 2 - PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

Le Centre Hospitalier de Saint Geoire en Valdaine dispose de 181 lits.

Service Soins de Suites et de Réadaptation Gériatrique

Le service de S.S.R Gériatrique comporte 30 lits installés au rez-de-chaussée du bâtiment Coquelicot. Actuellement, seuls 20 lits sont financés par l'Agence Régionale de Santé de Rhône-Alpes (ARS RA) et donc en fonctionnement. L'ARS devrait se prononcer sur l'ouverture des 10 lits supplémentaires courant 2014.

Hébergement des Personnes Agées Dépendantes

Les places d'hébergement de personnes âgées dépendantes représentent 151 lits qui sont installés :

- ✓ 28 lits au pavillon Amaryllis rez-de-chaussée.
- ✓ 61 lits au pavillon Bouton d'Or, 1^{er} et 2^{ème} étage
- ✓ 62 lits au pavillon Coquelicot, 1^{er} et 2^{ème} étage

Pour répondre aux besoins des patients et des résidents, l'établissement dispose :

- ✓ de médecins, praticiens hospitaliers et attachés
- ✓ d'un psychologue
- ✓ de Cadres de Santé
- ✓ de personnels soignants (infirmières, aides-soignantes et aides-médico-psychologiques)
- ✓ d'un psychomotricien
- ✓ d'un ergothérapeute
- ✓ d'une animatrice
- ✓ des prestations de kinésithérapeutes libéraux

CHAPITRE II

ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Art. 3 - CONSEIL DE SURVEILLANCE

3.1 - Composition

Le conseil de surveillance comporte 9 membres :

- le Maire de la commune de Saint Geoire en Valdaine
- 1 Représentant de l'établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre
- 1 Représentant du conseil général de l'Isère
- 1 Représentants de la Commission médicale d'établissement
- 1 Représentant de la Commission de Soins Infirmiers
- 1 Représentants du personnel titulaire
- 2 Représentants des usagers désignés par le Préfet
- 1 représentant des usagers qualifié désigné par le Directeur de l'Agence Régionale de Santé

peuvent assister aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative :

- Le Directeur de l'Agence Régionale de Santé ou son représentant
- Le Président de la Commission Médicale d'établissement, vice président du directoire
- Le Représentant chargé de la réflexion d'éthique
- Le Directeur de la caisse d'assurance maladie
- Le Président ou son représentant du Conseil de la Vie Sociale (CVS) des unités d'EHPAD
- Le percepteur

3.2 - Compétences

Le Conseil de surveillance se prononce sur :

1. Le projet d'établissement
2. La Convention constitutive des CHU et les conventions passées en application de l'Art. L6142-5;
3. Le Compte financier et l'affectation des résultats,
4. Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une CHT dès lors qu'un CHU est partie prenante, ainsi que tout projet tendant à la fusion avec 1 ou plusieurs EPS,
5. Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur,
6. Toute convention intervenant entre l'EPS et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance;
7. Les statuts de fondations hospitalières créées par l'établissement,

et donne son avis sur :

1. La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins
2. Les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers
3. Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de + de 18 ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariats mentionnés aux Art. L6148-2 et L6148-3
4. le règlement intérieur

3.3 - Fonctionnement

Le conseil de surveillance se réunit quatre fois par an au minimum.

Le secrétariat du Conseil de surveillance est assuré par le Directeur de l'établissement.

Les séances du Conseil de surveillance ne sont pas publiques. Les débats et les délibérations revêtent un caractère confidentiel.

Art. 4 - LE DIRECTEUR & LE DIRECTOIRE

4.1 – Le Directeur

Le directeur est le président du directoire.

Le directeur dispose d'une compétence générale dans la conduite de l'établissement :

- Il assure la conduite de la politique générale de l'établissement
- Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile
- Il agit en justice au nom de l'établissement
- Il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professionnels de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance du praticien dans l'exercice de son art.
- Il est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement
- Il peut déléguer sa signature
- Il possède le pouvoir de transiger
- Il participe aux séances du conseil de surveillance et exécute ses délibérations.

Le directeur dispose de compétences de gestion après concertation du directoire :

- Il conclut le CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens) avec le directeur général de l'ARS
- Il arrête l'organisation interne de l'établissement conformément au projet médical d'établissement après l'avis du président de la CME
- Il propose au directeur général de l'ARS ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé la constitution et la participation à une action de coopération
- Il soumet le projet d'établissement au conseil de surveillance
- Il arrête le règlement intérieur
- Il décide conjointement avec le président de la CME, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.
- Il élabore, avec le président de CME le projet médical
- Il détermine le programme d'investissement après avis de la CME
- Il fixe l'EPRD (état prévisionnel des recettes et des dépenses) et les tarifs des prestations et des activités médico-sociales
- Il arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance
- Il présente le plan de redressement s'il y a lieu
- Il conclut les acquisitions, les aliénations, les échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de 18 ans
- Il conclut les baux emphytéotiques, les contrats de partenariats, les conventions de location et les délégations de service public
- Il arrête le bilan social
- Il définit les modalités d'une politique d'intéressement
- Il décide de l'organisation du travail et des temps de repos, à défaut d'un accord avec les organisations syndicales

4.2 – Le directoire

Le Directoire est composé de 5 membres :

- Du Directeur
- Du Président de la commission médicale d'établissement, vice président
- D'un médecin
- Du Pharmacien
- De la Présidente de la Commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique

Les Attributions du directoire sont :

- Approbation du projet médical préparé par le président de la CME avec le directeur
- Préparation du projet d'établissement sur la base du projet de soins, infirmiers, rééducation.
- Conseil auprès du directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement

Le Directoire est obligatoirement concerté pour

- Le CPOM
- La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.
- Le bilan social
- Le programme d'investissement après avis de la Commission Médicale d'Etablissement (CME)
- L'EPRD, le PGFP (plan global de financement pluriannuel), les tarifs des prestations et des activités médico-

- sociales
- Le compte financier qui est ensuite soumis au Conseil de Surveillance pour approbation
- L'organisation interne de l'établissement
- La constitution ou participation à une action de coopération
- Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de 18 ans
- Les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat, les conventions de locations
- Le projet d'établissement
- Les délégations de service public
- Le règlement intérieur
- L'organisation du travail et des temps de repos
- Le plan de redressement s'il y a lieu

Le directoire se réunit au moins 8 fois par an

Art. 5 - LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

5.1 - Composition

La commission médicale du Centre Hospitalier de St Geoire en Valdaine comporte 8 membres :

- Le Médecin Coordonnateur :
- 5 médecins salariés « praticiens attachés » à temps partiel
- 2 médecins praticiens hospitaliers
- Le Pharmacien de l'établissement
- Le Cadre Supérieur de Santé chargée de la Direction des Soins

Le président et le vice-président de cette instance sont élus par leurs pairs.

Sont membres de la CME avec voix consultative :

- Le Directeur ou son représentant, qui peut se faire assister de toute personne de son choix
- Le Représentant du comité technique d'établissement élu en son sein
- Le Président de la commission du service de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique
- Le médecin du Département d'Information Médicale
- Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène

Outre le Directeur de l'établissement, les personnalités à voix consultative ne peuvent siéger à la commission médicale d'établissement lorsque celle-ci se réunit en formation restreinte.

5.2 -Compétences

La commission médicale d'établissement contribue

- A l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la sécurité et de la sécurité des soins
 - Gestion des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement
 - Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire
 - La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles
 - La prise en charge de la douleur
 - Le plan de développement continu pour le personnel médical et pharmaceutique
- A l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers
 - La réflexion sur l'éthique
 - L'évaluation de la prise en charge des patients
 - L'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs
 - Le fonctionnement de la permanence des soins
 - L'organisation des parcours de soins

La commission médicale d'établissement est consultée sur

- Les projets de délibération mentionnés à [l'article L. 6143-1](#)
- Les orientations stratégiques de l'établissement et son PGFP,
- Le plan de redressement présenté par le président du directoire à l'agence régionale de santé,
- L'organisation interne de l'établissement
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnelles et des étudiants

- La gestion prévisionnelle des emplois et compétences
- Le projet médical de l'établissement
- La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement
- La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement
- La politique de formation des étudiants et internes
- La politique de recrutement des emplois médicaux
- Le CPOM
- Les modifications de service public attribuées à l'établissement
- Le règlement intérieur de l'établissement
- Les programmes d'investissement concernant les équipements médicaux
- Le plan de développement professionnel continu en ce qui concerne les professions médicales et pharmaceutiques
- Les modalités de la politique d'intéressement
- Le bilan social.

La commission médicale est informée sur

- L'EPRD initial et ses modifications, le compte financier et l'affectation des résultats
- Le CPOM
- Le rapport annuel d'activité de l'établissement
- Le bilan annuel des tableaux de services
- La politique de recrutement des emplois médicaux
- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique
- L'organisation interne de l'établissement
- La programmation de travaux et les aménagements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

5.3 - Fonctionnement

La commission médicale d'établissement se réunit au moins 4 fois par an sur convocation de son Président qui en fixe l'ordre du jour. Ses séances ne sont pas publiques et son secrétariat est assuré par la diligence du Directeur.

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.

5.4 – Sous-commissions de la CME

Des sous-commissions sont instaurées par cette instance.

5.4.1 – Le Comité de lutte contre les Infections Nosocomiales

Ce comité comporte 7 membres :

- Le directeur ou son représentant
- Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement
- Les médecins salariés
- Le Pharmacien
- Le Cadre Supérieur de Santé chargé de la Direction des Soins
- Deux infirmier(e)s diplômé(e)s d'état de l'établissement
- Un(e) Aide-soignant(e)
- Un Agent des services hospitaliers

Ce comité est présidé par un praticien hospitalier et se réunit au moins 3 fois par an.

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

Il a pour missions de prévenir et de surveiller les infections, de mettre en œuvre les règles d'hygiène, de promouvoir la formation à l'hygiène, d'établir un rapport d'activité et de proposer des recommandations.

Sa compétence est élargie à :

- l'hémovigilance,
- la réactovigilance

5.4.2 – La Commission des Médicaments et des Dispositifs Médicaux Stériles

Cette commission est composée :

- Du Directeur (ou son représentant)
- Du Président de la Commission Médicale d’Etablissement
- Des médecins salariés
- Du Pharmacien
- Des Cadres de santé
- D’un représentant du CTE
- D’un représentant du CHSCT

Le président et le vice président sont désignés par le président de la CME après avis de la COMEDIMS.

Elle est plus particulièrement chargée de:

- la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles
- l’organisation de la lutte contre les affections iatrogènes

Sa compétence est élargie à :
- la matériovigilance
- la pharmacovigilance

5.4.3 – Le Comité de lutte contre la douleur :

Cette sous-commission est composée :

- du Directeur (ou son représentant)
- du Président de la Commission Médicale d’Etablissement
- le Président du COMEDIMS (ou son représentant)
- Des médecins salariés
- Du Pharmacien
- Le Cadre supérieur de santé chargé de la Direction des Soins
- 2 Infirmier(e)s
- La Psychologue
- 2 Aide-soignant(e)s
- Agents des services hospitaliers

Le président est élu parmi les médecins et le pharmacien membres du CLUD.

Elle est plus particulièrement chargée de:

- Déterminer la politique de lutte contre la douleur et de prise en charge des patient en fin de vie et d’assurer la promotion et la mise en œuvre des actions en ce domaine
- D’engager des actions visant à améliorer la prise en charge de la douleur, à s’attacher à répondre aux besoins de la personne, de promouvoir la formation des personnels, d’élaborer des protocoles et donner un avis sur les projets d’acquisition de dispositifs médicaux et matériels nécessaires au traitement de la douleur

5.4.4 – La Commission des évaluations de pratiques professionnelles (EPP) et formation médicale continue (FMC)

Cette commission est composée :

- Du Directeur (ou son représentant)
- Du Président de la Commission Médicale d’Etablissement (ou son représentant)
- Des médecins salariés
- Du Pharmacien
- Le Cadre Supérieur de Santé chargé de la Direction des Soins
- De soignants

La sous-commission EPP/FMC de la CME est présidée par un médecin désigné par la CME. Le président est désigné conjointement par le président de la CME sur proposition des membres de la CME.

Elle est plus particulièrement chargée de :

- Examiner les dossiers déposés par les praticiens souhaitant s’inscrire dans le programme EPP de l’établissement,
- Evaluer la pertinence des projets déposés au regard des exigences de la HAS,
- Proposer annuellement un programme et un rapport EPP à la sous-commission,
- Valider le lancement des projets EPP. Si le projet n’est pas conforme aux exigences de la HAS, une réorientation

- éventuelle des projets est proposée au praticien,
- Réaliser une mission de conseil auprès des praticiens afin de les aider à organiser leur parcours évaluatif personnel ou à réorienter ceux qui ne répondraient pas aux exigences de la HAS,
 - Elaborer, réactualiser et évaluer le dossier de suivi (objectif / identification de l'équipe / échéance) de chaque projet EPP,
 - Organiser les relations avec les organismes agréés, la HAS et les médecins habilités,
 - Valider le programme annuel des projets EPP, en cohérence avec le projet médical de l'établissement,
 - Valider le rapport d'activité,
 - Donner son avis sur le recours aux organismes agréés,
 - Délibérer sur la délivrance du certificat d'EPP individuelle au praticien requérant,
 - Remettre au praticien le certificat, au conseil régional de formation médicale continue et un exemplaire est conservé à la direction de l'établissement,
 - Mise à jour de la liste des praticiens engagés dans le programme annuel,
 - Suivre l'avancement du projet EPP et le taux de progression de l'engagement des praticiens de l'établissement, à périodicité définie,
 - Transmettre au président de la sous-commission le suivi de la démarche.

Art. 6 - LE COMITE TECHNIQUE D'ETABLISSEMENT

6.1 - Composition

Le directeur est le président du comité technique d'établissement (CTE).

Le CTE comprend 6 membres titulaires et 6 membres suppléants.

- 2 titulaires, représentant le collège de catégorie A et B et 2 suppléants
- 4 titulaires, représentant le collège de catégorie C et 4 suppléants

Ces membres sont élus par collège, sur des listes élaborées par les syndicats représentatifs

Le Représentant de la commission médicale d'établissement siège avec voix consultative

Les collaborateurs de la direction peuvent assister aux séances du comité technique d'établissement:

6.2 - Compétences

Le comité technique d'établissement est obligatoirement consulté sur :

- Les projets de délibération mentionnés à [l'article L. 6143-1](#), les orientations stratégiques de l'établissement et son PGFP, le plan de redressement présenté par le président du directoire à l'agence régionale de santé, ainsi que sur l'organisation interne de l'établissement;
- Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;
- La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu ;
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et des étudiants ;
- La gestion prévisionnelle des emplois et compétences
- Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité
- La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;
- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- Le règlement intérieur de l'établissement.

Le comité est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement. Il est également informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

6.3 - Fonctionnement

Les membres du comité technique d'établissement siègent avec un mandat de 4 ans.

Le Quorum est égal à la moitié des membres, soit 3 personnes

Il se réunit au moins une fois par trimestre. Il peut entendre des experts si les questions à l'ordre du jour l'y conduisent.

Le secrétariat est assuré par l'un des représentants du personnel. Les séances ne sont pas publiques.

Art. 7 - LA COMMISSION DES RELATIONS AVEC LES USAGERS & DE LA QUALITE (CRUQ)

7.1 - Composition

Cette commission est composée de 5 membres :

- Le directeur ou son représentant
- Un médiateur médecin de l'établissement
- Un médiateur non médical – personnel de l'établissement
- 2 représentants des usagers

La présidence est assurée par le directeur de l'établissement

Cette commission se réunit au moins 1 fois par trimestre. La durée du mandat est de 3 ans renouvelable.

7.2 – Compétences

Elle veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches.

Elle contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des usagers et de leurs proches. Elle reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment :

- Les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées par la CME ainsi que les avis, vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement ;
- La synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches au cours des douze mois précédents ;
- Le nombre de demandes de communication d'informations médicales formulées en vertu de [l'article L. 1112-1](#) ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes ;
- Le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie ;
- Le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers ;

A partir notamment de ces informations, la commission :

- Procède à une appréciation des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, fondée sur une analyse de l'origine et des motifs des plaintes, des réclamations et des témoignages de satisfaction reçus dans les différents services ainsi que des suites qui leur ont été apportées
- Recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge et évalue l'impact de leur mise en œuvre ;
- Formule des recommandations, notamment en matière de formation des personnels, destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches et à assurer le respect des droits des usagers ;

La commission rend compte de ses analyses et propositions dans un rapport annuel

Elle procède à l'examen des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement. La commission examine celles de ces plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée des voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

Art. 8 - CONSEIL DE LA VIE SOCIALE

8.1 - Composition

Le conseil de la vie sociale (CVS) est composé :

- D'un représentant des personnes accueillies de chaque service si possible
- 2 représentants des familles titulaires et 2 suppléants
- Le représentant des usagers qualifié désigné par le Directeur de l'Agence Régionale de Santé
- Un représentant syndical parmi les membres du CTE
- Les Cadres des unités de soins et d'hébergement

Le président du conseil de la vie sociale est élu par et parmi les membres représentant les personnes accueillies ou représentant les familles. Les représentants sont élus à la majorité des votants.

Le directeur participe aux réunions avec voix consultative, il peut se faire représenter.

Cette commission se réunit au moins 3 fois par an. La durée du mandat est de 3 ans au plus.

8.2 – Compétences

Le CVS est consultée sur le fonctionnement de l'établissement ou du service, notamment sur :

- l'organisation intérieure et la vie quotidienne,
- les activités, l'animation socioculturelle et les services thérapeutiques,
- les projets de travaux et d'équipements,
- la nature et le prix des services rendus,
- l'affectation des locaux collectifs,
- l'entretien des locaux,
- les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture,
- l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants
- les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge.

Art. 9 - LA COMMISSION DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS

9.1 – Composition :

Cette commission comporte 20 membres titulaires :

- le Cadre Supérieur de Santé
- le président de la commission médicale d'établissement
- 3 cadres des unités de soins et d'hébergement
- le président du CLIN
- 7 Infirmier(e)s
- 4 Aide-soignant(e)s
- 3 Agents des services hospitaliers

La présidence est assurée par le Cadre Supérieur de Santé, coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Les membres de la commission sont élus pour 4 ans renouvelables.

9.2 – Compétences

Cette commission participe à la mise en œuvre des soins et est consultée sur :

- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et de l'accompagnement des malades dans le cadre du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins,
- les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers
- la recherche dans le domaine des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques et l'évaluation de ces soins,
- la politique de formation et de développement professionnel continu

Cette commission est informée sur

- le règlement intérieur de l'établissement
- le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

Art. 10 - LES COMMISSIONS ADMINISTRATIVES PARITAIRES LOCALES

Elles sont compétentes au regard des situations individuelles des fonctionnaires hospitaliers de l'établissement.

Elles sont composées de 3 commissions représentant :

- Commission I - les corps de Catégorie A,
- Commission II - les corps de Catégorie B
- Commission III - les corps de Catégorie. C

Ces commissions sont subdivisées en trois groupes chacune correspondant aux familles professionnelles :

- Groupe I – les personnels techniques
- Groupe II – les personnels soignants et médico-techniques
- Groupe III – les personnels administratifs

Les sous-commissions ne peuvent être instituées localement que si les membres du personnel relevant de ces sous-commissions sont égaux ou supérieures à 4 au sein de l'établissement.

Les commissions administratives paritaires locales comprennent un nombre égal de représentants de l'administration désignés par le Conseil de surveillance et des représentants élus par le personnel de l'établissement.

Elles sont compétentes sur toutes questions concernant notamment la titularisation, la carrière, les avancements, la notation et les sanctions disciplinaires de niveau II. Un membre de la commission paritaire ne peut se prononcer sur le cas d'un autre agent titulaire d'un grade supérieur, ni sur son propre cas.

Les commissions administratives paritaires locales se réunissent au moins 2 fois par an. La présidence en est assurée par le Président du Conseil de surveillance ou son représentant, le secrétariat par un agent de l'établissement désigné par le Directeur. Les séances ne sont pas publiques.

Art. 11 - LE COMITE D'HYGIENE, DE SECURITE ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL

11.1 - Composition

Ce comité est composé de 5 membres :

- le Directeur ou son représentant
- Un représentant médical désigné par la commission médicale d'établissement
- 3 Représentants du personnel

La présidence est assurée par le Directeur

Peuvent assister aux séances avec voix consultative :

- Le Médecin du travail
- L'Inspecteur du travail
- Le Cadre Supérieur de Santé ou son représentant
- Un agent du service technique
- Le Responsable du service du personnel
- Le Représentant des services économiques

11.2 - Compétences

Ce comité étudie et donne des avis sur les problèmes relatifs à l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des personnels liés exclusivement aux questions d'hygiène et de sécurité.

De part ses missions de surveillance, de contrôle et de prévention, il contribue à la protection de la santé et de la sécurité des salariés de l'hôpital et à l'amélioration de leurs conditions de travail. Il peut procéder à des études et des inspections. Il prend l'avis de toute personne qualifiée sur les problèmes étudiés. Il arrête un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail

La présidence est assurée par le Directeur. Il se réunit au moins une fois par trimestre. Le compte rendu de chacune des réunions est consigné dans le serveur de l'établissement.

Art. 12 - CONSEIL DE SERVICE ET DROIT A L'EXPRESSION DIRECTE

Les unités de soins organisent des conseils de service.

12.1 - Composition

- Le Cadre du secteur, Président
- Le Médecin coordonnateur du secteur,
- Les médecins intervenant dans le secteur,
- Le pharmacien
- L'ensemble du personnel du service
- La secrétaire médicale

Lors des réunions, le nombre de personnel du service ne peut être inférieur au nombre de Cadre et de Représentants médicaux.

Membres consultatifs :

A l'invitation du président, des personnes extérieures au conseil de service peuvent siéger à titre consultatif en fonction de l'ordre du jour

12.2 – Compétences

Le conseil de service a pour objet :

- de permettre l'expression des personnels,
- de favoriser les échanges d'informations, notamment celles ayant trait aux moyens afférents au service
- de faire toute proposition sur le fonctionnement du service.

Le conseil de service se réunit au moins 1 fois par an.

Art. 13 - DROITS A L'EXPRESSION DIRECTE

Les personnels titulaires, stagiaires et contractuels qui ne relèvent ni d'un conseil de service, ni d'une structure médicale créée par le Conseil de surveillance, bénéficient d'un droit à l'expression directe et collective sur le contenu, les conditions d'exercice et l'organisation de leur travail.

Le droit à l'expression directe doit être organisé au moins 1 fois par an par le responsable du service.

CHAPITRE III

ORGANISATION MEDICALE

Art. 14 - CODE DE DEONTOLOGIE

Le médecin a un devoir d'assistance envers les malades et les blessés et l'obligation de respecter les principes d'égalité et de neutralité du service public et de non-discrimination entre les malades. Il est par ailleurs tenu au secret professionnel.

Il bénéficie de la liberté de prescrire (dans la limite de ce qui est nécessaire) et de l'indépendance professionnelle.

Le médecin a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances. Il est tenu au respect de la loi.

Le médecin est responsable du malade qu'il a en charge, de son traitement et des conséquences de ce traitement. Il a une obligation de moyens relative aux diagnostics et traitements qu'il délivre, fondés sur les données acquises de la science.

Le patient/résident dispose du libre choix de son médecin

Il doit à son patient/résident une information loyale, claire et appropriée.

Art. 15 - ORGANISATION MEDICALE AU SEIN DU CENTRE HOSPITALIER

Des personnels médicaux sont affectés sur les différents secteurs d'activité de l'établissement :

- pour le secteur sanitaire (SSR)
- pour le secteur d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Le médecin coordonnateur a pour mission de coordonner les professionnels de santé, organiser les prises en charge des usagers ainsi que la permanence médicale.

Le médecin coordonnateur exerce également une activité de soins auprès des patients et résidents. L'Hôpital dispose d'une présence médicale tous les jours de semaine de 9h à 17h. La continuité des soins est assurée par des astreintes médicales de 18h à 8h tous les jours de semaine ainsi que des astreintes de week-end du vendredi 18h au lundi 8h.

15.1 – SSR

Les patients du service de Soins de Suite d'une capacité de 20 lits sont pris en charge par deux médecins hospitaliers.

Les praticiens hospitaliers assurent pour une partie de leur activité la prise en charge médicale des patients et la coordination des soins avec leurs confrères et le personnel soignant.

De plus, les médecins salariés de l'établissement, sur la partie EHPAD, sont amenés à exercer dans ce service dans le cadre des astreintes médicales qu'ils effectuent la nuit et les week-ends et jours fériés.

15.2 – EHPAD

Cinq médecins assurent la prise en charge des résidents. Leur activité est définie par unité.

15.3 – Continuité des soins

La continuité de soins a pour objet d'assurer la sécurité des malades hospitalisés 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Elle est organisée sous forme d'astreinte médicale à domicile.

Un tableau nominatif des astreintes médicales est établi mensuellement.

Art. 16 - LE PHARMACIEN

Le pharmacien est chargé de l'organisation du service qui lui est confié dans les divers aspects de son activité.

Il est responsable de l'approvisionnement régulier des différents services de soins en médicaments (spécialité et préparation)

et dispositifs médicaux stériles, ainsi que du contrôle de leurs conditions de stockage.

Il tient selon les règles prescrites, la gestion des médicaments et la comptabilité des toxiques stupéfiants.

Il assure la responsabilité des gaz médicaux et veille avec le concours du service technique à la continuité de l'approvisionnement et de la qualité des installations.

Art. 17 - VISITE MEDICALE QUOTIDIENNE

La visite médicale du service de SSR est assurée par les médecins hospitaliers présents tous les jours.

Dans les unités d'EHPAD, les jours de présence et les horaires de visite de chaque médecin sont affichés dans l'établissement.

Art. 18 – CONTINUITÉ MEDICALE DES SOINS

La continuité médicale des soins a pour objet d'assurer, pendant chaque nuit et pendant la journée du dimanche ou des jours fériés, ainsi que le samedi après-midi, la sécurité des malades hospitalisés ou des résidents, la permanence des soins excédant la compétence des personnels paramédicaux.

La continuité médicale des soins est organisée sous forme d'astreinte.

Un médecin, parmi le corps médical, établit un planning de permanence médicale répartis entre tous les médecins intervenant au Centre Hospitalier de St Geoire en Valdaine. Ce planning est transmis à tous les services de l'établissement pour utilisation en tant que de besoin et à l'administrateur de garde.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT INFORMATISE DES INFORMATIONS NOMINATIVES

Art. 19 - DROIT D'ACCES

Le Centre hospitalier de Saint Geoire en Valdaine recourt aux traitements automatisés d'informations nominatives dans le cadre de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Une stricte confidentialité est observée sur ces données. Une déclaration à la CNIL est effectuée par l'établissement.

Le droit d'accès s'exerce dans les conditions définies par les actes réglementaires publiés pour chacun des traitements mis en œuvre.

CHAPITRE V

DISPOSITIONS RELATIVES AUX HOSPITALISATIONS EN SERVICE SSR

Art. 20 - CHARTE DE LA PERSONNE HOSPITALISEE – PRINCIPES GENERAUX

- I. Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est accessible à tous, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.
- II. Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.
- III. L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.
- IV. Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.
- V. Un consentement spécifique est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.
- VI. Une personne à qui il est proposé de participer à une recherche biomédicale est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. Son accord est donné par écrit. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.
- VII. La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, quitter à tout moment l'établissement après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.
- VIII. La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.
- IX. Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.
- X. La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.
- XI. La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçu. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du droit d'être entendue par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

Art. 21 - MODALITES D'ADMISSION

L'admission au Centre Hospitalier de St Geoire en Valdaine est prononcée par le Directeur ou son représentant sur avis d'un médecin salarié.

Elle est décidée par le médecin, sur présentation si possible d'un certificat médical du médecin traitant ou d'un praticien hospitalier lors d'un transfert d'un autre établissement de santé. Il est accompagné d'une lettre cachetée du médecin traitant ou du praticien hospitalier de l'établissement de santé au médecin du CH de St Geoire en Valdaine et donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles à ce dernier pour le diagnostic et le traitement.

Si le patient qui doit être hospitalisé ne peut fournir les renseignements sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour sont remboursés à l'établissement, il doit verser au Receveur de la Trésorerie, avant son admission, une provision correspondant au montant prévisionnel de ces frais de séjour.

En cas de refus d'admettre un patient qui remplit les conditions requises pour être admis, alors que les disponibilités en lit de l'établissement permettent de le recevoir, l'admission peut être prononcée par le Préfet.

Art. 21 - LES SOINS URGENTS

Le Centre Hospitalier de St Geoire en Valdaine est un établissement de soins de seconde intention. Il dispense essentiellement des soins gériatriques. Son activité concerne les hospitalisations en service de soins de suite et réadaptation. Il n'y a pas d'accueil externe de soins médicaux urgents.

Les malades qui requièrent des soins urgents relevant d'une technique non pratiquée dans l'établissement, ou de moyens dont l'établissement ne dispose pas, ou encore des soins spécialisés au cours de leur hospitalisation seront transférés vers un établissement disposant des compétences et des équipements nécessaires pour assurer ces soins.

Art. 22 - ACCUEIL DES HOSPITALISES – LIVRET D'ACCUEIL

Dès son arrivée dans l'établissement, le patient reçoit un livret d'accueil contenant toutes les informations pratiques qui lui seront utiles pendant son séjour.

Art. 23 - EFFETS PERSONNELS

Les hospitalisés sont tenus d'apporter à l'hôpital :

- Leur nécessaire de toilette (brosse à dents, dentifrice, savon, rasoir, brosse...)
- leur linge et leurs effets personnels (serviettes, gants de toilette, pyjama, robe de chambre...)

Sauf cas particuliers et sous réserve du respect des règles d'hygiène, le malade conserve ses vêtements et son linge personnel dont il doit en assumer l'entretien.

Art. 24 - PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'HOSPITALISATION

Les bénéficiaires des différents régimes de sécurité sociale doivent, lors de leur admission, fournir tous documents nécessaires à l'obtention par l'établissement de la prise en charge des frais d'hospitalisation par l'organisme de sécurité sociale dont ils relèvent.

Sauf cas particuliers déterminés par la réglementation en vigueur, le forfait journalier et éventuellement le ticket modérateur, restent à la charge des hospitalisés.

Les bénéficiaires de l'aide médicale doivent être munis de tous documents nécessaires à l'obtention de la prise en charge de tout ou partie de leurs frais d'hospitalisation dans les conditions prévues par le règlement départemental de l'aide médicale

Si le malade admis dans l'établissement ne relève d'aucun organisme social, il est tenu d'acquitter auprès du trésorier de l'établissement, le montant d'une provision correspondant à la durée prévue de son hospitalisation. Le versement doit être effectué avant l'admission, et viendra en déduction sur le titre de recettes correspondant au séjour.

Art. 25 - INFORMATION DU MALADE SUR LES SOINS ET SUR SON ETAT DE SANTE

Le patient doit être informé par tous moyens adéquats du nom des personnes appelées à lui donner des soins : référence Loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades et la qualité des soins.

Dans toute la mesure du possible, les traitements et soins proposés aux malades doivent faire l'objet d'une information de la part du médecin. Pour tous les actes médicaux importants, le malade doit avoir été informé préalablement des risques et des conséquences que ces actes pourraient entraîner et doit donner son consentement pour la réalisation de ces actes.

Les médecins doivent donner aux patients, dans les conditions fixées par le code de déontologie, les informations sur leur état de santé qui leur sont accessibles, elles doivent être claires, adaptées et compréhensibles.

Art. 26 - INFORMATION DE LA FAMILLE

Les informations d'ordre médical telles que le diagnostic, le traitement et l'évolution de la maladie ne peuvent être délivrées que par les médecins. Ces derniers reçoivent les familles, soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des patients et de leur famille.

En ce qui concerne les renseignements courants sur l'état du patient, les informations peuvent être obtenues auprès du cadre de santé du service ou de l'équipe infirmière.

Les familles sont systématiquement informées, en application des articles 489 et suivants du Code civil, lorsque l'état de santé du patient/résident justifie le déclenchement de l'instruction d'une mesure de protection des majeurs.

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

Art. 27 - DISCRETION DEMANDEE PAR LE PATIENT

Les patients peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée sur leur état de santé ou sur leur présence dans l'établissement.

Art. 28 - AUTORISATIONS DE SORTIE

Les hospitalisés peuvent, compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier, à titre exceptionnel, de permissions de sortie, soit de quelques heures sans découcher, soit d'une durée maximum de 48 heures. Les autorisations de sortie sont accordées, sur avis favorable du médecin responsable, par le Directeur ou son représentant. Ces autorisations sont consignées dans un document ad-hoc et portées dans le dossier du patient.

Lorsqu'un malade qui a été autorisé à quitter l'établissement ne rentre pas dans les délais qui lui sont impartis, l'Administration le porte sortant et il ne peut être admis à nouveau que dans la limite des places disponibles.

Art. 29 - FORMALITES DE SORTIE

Lorsque l'état de santé de l'hospitalisé n'impose plus son maintien dans le service de soins de suite à l'hôpital, sa sortie est prononcée par le Directeur ou son représentant, sur proposition du médecin responsable. Le patient sortant est alors orienté vers le bureau des admissions pour s'assurer que son dossier administratif est complet. Les heures d'ouverture de ce bureau sont de 10h00 à 17h30 en semaine.

Le médecin traitant doit être informé, le plus tôt possible de la sortie de l'hospitalisé, des prescriptions médicales auxquelles le malade doit continuer à se soumettre; Il doit recevoir toutes les indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du malade.

Art. 30 - SORTIE CONTRE AVIS MEDICAL

Les malades peuvent, à leur demande, quitter à tout moment l'hôpital. Si le médecin chef de service estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour la personne hospitalisée, cette dernière n'est autorisée à quitter l'hôpital qu'après avoir rempli une attestation établissant qu'elle a eu connaissance des dangers que cette sortie présentait. La sortie est alors prononcée par le Directeur ou son représentant.

Lorsque le malade refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé.

Art. 31 - SORTIE DISCIPLINAIRE

La sortie des malades peut également, hors le cas où l'état de santé de ceux-ci l'interdirait, être prononcée par une mesure disciplinaire, dans les conditions et les modalités fixées par l'article ci-dessus.

Art. 32 - SORTIE APRES REFUS DE SOINS

Lorsque les malades n'acceptent aucun des traitements, interventions ou soins proposés, leur sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant des soins immédiats, est prononcée par le Directeur ou son représentant, après signature par l'hospitalisé d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés.

Si le malade refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé.

Art. 33 – SORTIE DES MALADES A L'INSU DU SERVICE

Si les recherches dans l'établissement restent vaines et si le médecin estime que l'état du malade permet, sans danger cette sortie, ce dernier est déclaré sortant. Si le médecin estime que cette sortie à l'insu du service met en danger l'intégrité physique du malade ou compromet son état de santé, des recherches doivent être effectuées auprès de la famille. Le directeur ou l'administrateur de garde est immédiatement informé ainsi que la gendarmerie.

Si le malade ne regagne pas le service, un rapport sera adressé, dans les 24 heures, au Directeur ou à l'Administrateur de garde.

Art. 34 - QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Les patients hospitalisés au service Soins de Suite reçoivent lors de leur hospitalisation un questionnaire de sortie.

Ce questionnaire est destiné à recueillir les appréciations et les observations du service rendu.

Les remarques des hospitalisés permettent à l'administration d'améliorer sa prestation.

Ce questionnaire rempli est adressé à la Direction, sous forme anonyme si le malade le désire.

Art. 35 - TRANSPORT EN AMBULANCE

Si, lors de sa sortie, son état nécessite un transport, que ce soit en véhicule sanitaire ou non sanitaire, le malade a le libre choix de l'entreprise de transport. L'établissement tient par ailleurs à la disposition des malades la liste des sociétés de transports sanitaires agréées dans le département.

Si le malade n'exprime pas de choix, le Centre Hospitalier fait appel à une entreprise d'ambulances. Dans tous les cas, les frais occasionnés sont à la charge du malade.

CHAPITRE VI

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESIDENTS (EHPAD : Maison de Retraite & Long Séjour)

Art. 36 - Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

- I. Choix de vie : Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.
- II. Domicile et environnement : Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.
- III. Une vie sociale malgré les handicaps : Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.
- IV. Présence et rôle des proches : Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.
- V. Patrimoine et revenus : Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.
- VI. Valorisation de l'activité : Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités.
- VII. Liberté de conscience et pratique religieuse : Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.
- VIII. Préserver l'autonomie et prévenir : La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.
- IX. Droits aux soins : Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme toute autre, accès aux soins qui lui sont utiles.
- X. Qualification des intervenants : les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant.
- XI. Respect de la fin de vie : Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.
- XII. La recherche : une priorité et un devoir : La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité.
- XIII. Exercice des droits et protection juridique de la personne : Toute personne en situation de dépendance doit voir protégés non seulement ses biens mais aussi sa personne.
- XIV. L'information, meilleur moyen de lutte contre l'exclusion : L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.

Art. 37 - MODALITES D'ADMISSION

Les modalités d'admission sont les suivantes :

- La personne intéressée par une place d'hébergement dans l'établissement devra adresser un dossier de demande d'admission (modèle CERFA disponible sur le site de l'établissement ou celui du Conseil général de l'Isère ou dossier de demande d'admission informatisé via Trajectoire).
- Après examen du dossier et avis favorable de la commission d'admission, le cadre de santé propose une visite des locaux à l'intéressé et à ses proches au cours de laquelle toutes les informations souhaitées leur sont communiquées. Un dossier comportant différents documents institutionnels, nécessaires à la connaissance de

l'établissement, lui est remis

- Dès lors qu'une place est disponible, la personne intéressée et correspondant aux possibilités de prise en charge sera contactée par le cadre de santé.
- Dans les 8 jours suivant son admission, une visite avec le médecin et un entretien avec l'assistante sociale sont organisés. Ces rencontres ont pour objet de compléter les informations sur l'établissement, de répondre aux interrogations et de s'assurer du bon déroulement de la prise en charge.

La demande d'admission doit être formulée par le résident sous forme écrite (ou de la famille, s'il n'est pas en état d'exprimer son consentement – attestation médicale à l'appui). Elle est prononcée par le Directeur sur examen du dossier administratif, médical et social complet après avis de la commission d'admission.

Le dossier administratif doit être obligatoirement constitué au moment de l'entrée du résident dans l'établissement. Toutes les fiches de renseignements et le contrat de séjour, remis lors de la demande d'entrée, doivent être complétés et signés dans les 8 jours suivant l'entrée du résident dans l'établissement.

Art. 38 – REFERENT FAMILIAL

Il est recommandé à la famille de désigner parmi ses membres, un ou plusieurs référents familial(aux) pour la transmission réciproque des informations entre elle-même et l'institution.

Art. 39 - COORDONNATEUR DU SECTEUR HEBERGEMENT DES PERSONNES AGEES

Le coordonnateur médical pour l'hébergement des personnes âgées contribue à la mise en œuvre des orientations stratégiques et optimise la prise en charge des résidents. Il définit l'organisation générale des activités médicales, dont il assure le suivi et l'évaluation pour répondre aux besoins des résidents

Art. 40 - ATTESTATION D'ASSURANCE

Lors de son entrée dans l'établissement, le résident doit fournir une attestation d'assurance responsabilité civile couvrant les risques qu'il peut faire encourir à l'établissement ou à des tiers à l'intérieur comme à l'extérieur de la structure.

Art. 41 - VIE DANS L'ETABLISSEMENT

Il existe dans l'établissement des contraintes imposées par la vie en collectivité. Un climat de confiance est donc nécessaire, il suppose la reconnaissance des droits et des devoirs de chacun.

Droits des résidents :

- Respect de la dignité,
- Respect de l'intimité de la vie privée,
- Respect des valeurs du projet de vie
- Liberté d'échanges, d'idées, d'opinions,
- Distribution du courrier,
- Droit à l'autonomie
- Egalité de traitement

Devoirs du résident :

- respecter autrui (personnels et résidents),
- Ne pas tenir des propos, ni avoir une attitude qui peuvent porter atteinte aux autres résidents, au personnel ou à l'établissement,
- Respecter le sommeil ou la tranquillité des autres résidents
- Réparer tous dégâts ou dégradations volontaires

Art. 42 - CHAMBRE, MOBILIER

Le résident est installé dans une chambre meublée d'un mobilier standard, à un ou deux lits.

Il a la possibilité d'apporter des objets auxquels il est attaché (bibelots, tableau, radio, téléviseur...). En ce qui concerne les meubles et les équipements ménagers (ventilateur, réfrigérateur...) les résidents sont invités à se rapprocher du cadre de santé pour obtenir l'autorisation de leur installation. En tout état de cause, le matériel doit être conforme aux normes en vigueur et leur utilisation compatible avec les consignes de sécurité.

Art. 43 - LINGE

Le trousseau est constitué en fonction des habitudes de vie de la personne et des besoins évalués pour assurer les changes nécessaires. Ce trousseau doit être adapté aux besoins du résident. Il doit comprendre au minimum les effets détaillés dans la fiche trousseau (Livret d'accueil).

Le linge des résidents est lavé par une entreprise extérieure sauf demande contraire de la famille. Le trousseau ne doit pas comporter de linge fragile : fibres textiles modernes (Damart), laine, soie...

Le linge hôtelier (draps, serviettes, alèses, couvertures...) est fourni par l'établissement et entretenu par une entreprise extérieure.

Art. 44 - SORTIE - ABSENCE

L'établissement est ouvert sur l'extérieur dans un esprit de liberté d'aller et venir. Il ne dispose donc pas de mur d'enclos. Les résidents peuvent aller et venir selon leur volonté. Cependant, ils doivent au préalable en informer le personnel du service qui notera cette absence sur un registre prévu à cet effet. Les résidents qui présentent des troubles cognitifs, une incapacité à reconnaître les dangers et à identifier les risques peuvent déambuler dans un espace extérieur sécurisé. Ce bilan doit être constaté par un membre du corps médical et être noté dans le dossier médical.

Sortie prolongée

En ce qui concerne les sorties sur un ou plusieurs jours, le personnel doit en être informé au moins 48 heures à l'avance afin de la préparer et de prévoir l'organisation interne. Lors de la préparation de cette sortie, le résident et/ou leurs proches voudront bien indiquer l'heure de départ, de l'heure de retour et la réservation du dîner si le retour est au-delà des heures de repas.

Il en est de même pour des séjours dans la famille. Une période de cinq semaines d'absence pour convenance personnelles par an peut être prise par tout résident. La réservation de la chambre est alors facturée.

Absence prolongée non signalée

Toute absence prolongée et non prévue, est signalée à l'administration et des recherches sont alors entreprises. Elles sont d'abord effectuées par le personnel dans l'enceinte de l'établissement, puis à la demande de l'établissement par les services de gendarmerie. La famille est informée de cette absence.

Facturation des absences (selon les modalités définies dans le contrat de séjour)

Absence pour hospitalisation inférieure ou égale à 30 jours

La chambre du résident est conservée.

La facturation s'établit comme suit :

- absence de moins de 72 heures (facturation définie selon les frais d'hébergement diminuée du tarif dépendance GIR 5/6).
- absence de plus de 72 heures à 30 jours inclus (facturation définie selon les frais d'hébergement diminuée du forfait journalier en vigueur et du tarif dépendance GIR 5/6).

Absence pour hospitalisation supérieure à 30 jours

La chambre du résident n'est plus réservée.

Cependant, le résident peut demander, par courrier, à maintenir la réservation de sa chambre. Dans ce cas, la facturation de l'hébergement ne sera plus minorée, elle s'appliquera dans son intégralité.

Absence pour convenances personnelles

Les absences pour convenances personnelles sont considérées à hauteur de 5 semaines par an :

- absence de moins de 72 heures (facturation définie selon les frais d'hébergement diminuée du tarif dépendance GIR 5/6)
- absence de plus de 72 heures à 35 jours inclus (facturation définie selon les frais d'hébergement diminuée du forfait journalier en vigueur et du tarif dépendance GIR 5/6).
- Absence supérieure à 35 jours (la facturation n'est plus minorée, elle s'applique dans son intégralité).

CHAPITRE VII

DISPOSITIONS COMMUNES AUX PATIENTS (SSR) & AUX RESIDENTS (EHPAD)

CONDITIONS DE SEJOUR

Art. 45 - DEPOT DES VALEURS ET OBJETS

Lors de son admission l'usager est invité à effectuer auprès de l'administration de l'établissement le dépôt des sommes d'argent et des objets de valeur qui sont en sa possession.

Les dépôts volontaires d'argent, de bijoux ou d'objets de valeur des usagers peuvent être effectués auprès du Régisseur de recettes de l'établissement contre délivrance d'un reçu.

Dans le cas où l'usager ne peut participer à l'inventaire de ses biens, celui-ci est dressé et signé contradictoirement par un représentant de l'établissement et un accompagnant ou 2 représentants de l'établissement. L'inventaire détaille les sommes d'argent, les objets et les vêtements dont l'usager est porteur. Le dépôt des valeurs est ensuite effectué auprès du Régisseur de Recettes de l'établissement.

Le Régisseur des recettes de l'établissement effectue à son tour le versement des sommes d'argent et des objets de valeur déposés par les usagers auprès de la Trésorerie principale.

L'établissement ne peut être tenu responsable de la perte ou de la disparition de sommes d'argent ou d'objets de valeur non régulièrement déclarés et déposés selon la procédure ci-dessus.

Le refus de dépôt des sommes d'argent et des objets de valeur en sa possession par l'usager auprès du Régisseur de recettes de l'établissement fera l'objet d'une décharge lors de l'admission de celui-ci dégageant l'établissement de toute responsabilité.

La responsabilité de l'établissement n'est pas engagée lorsque la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose, ni lorsque le dommage a été rendu nécessaire pour l'exécution d'un acte médical ou d'un acte de soins.

Art. 46 - RESTITUTION DES OBJETS

Les sommes d'argent ou objets de valeur sont restitués à l'usager sur présentation du reçu délivré lors du dépôt et d'une pièce d'identité, soit :

- par le régisseur des recettes de l'établissement, si les dépôts sont toujours en possession de celui-ci
- Soit par la trésorerie de l'établissement, si les dépôts ont été transférés à ce dernier.

Le patient peut se faire représenter par un mandataire muni du reçu, d'une pièce d'identité ainsi que d'une procuration sous seing privé.

Art. 47 - MODALITE D'EXERCICE DU DROIT DE VISITE

L'accès de l'établissement est réservé à ceux qui y sont appelés par leurs fonctions et aux personnes qui se rendent au chevet d'un patient/résident aux heures de visite. Le Directeur ou son représentant doit donc être immédiatement avisé de la présence de personnes étrangères au service, autres que les patients/résidents ou leurs proches ou encore le personnel de l'établissement.

Toute personne ou institution étrangère au service ne peut effectuer une visite d'un service de l'établissement sans l'autorisation préalable du Directeur ou son représentant.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas, à titre professionnel, accès auprès des patients/résidents, sauf accord de ceux-ci et des responsables des services et après autorisation du directeur.

Les notaires, qui ont la qualité d'officier public, n'ont pas à solliciter une quelconque autorisation de la part de l'administration pour se rendre auprès des usagers qui en ont fait la demande, quel que soit l'état de santé de ces derniers

Les associations et organismes qui envoient auprès des usagers des visiteurs bénévoles doivent préalablement, obtenir l'agrément de l'administration. Leurs représentants doivent porter un badge permettant de les identifier.

Les usagers peuvent demander au cadre soignant du service de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès auprès d'eux.

Les animaux domestiques ne peuvent être introduits dans les bâtiments de l'établissement.

Art. 48 - COMPORTEMENT DES VISITEURS

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des usagers, ni gêner le fonctionnement des services. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite pourront être décidées par le directeur ou son représentant, après avis du responsable de l'unité de soins.

Les visiteurs peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des usagers pendant l'exécution des soins et examens pratiqués sur eux. Lorsque des précautions complémentaires d'hygiène sont nécessaires, les visiteurs sont invités à se conformer aux informations du personnel soignant.

Le personnel infirmier du service doit s'opposer, dans l'intérêt de l'utilisateur, à la remise à celui-ci de denrées ou de boissons, qui ne seraient pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit.

Les visiteurs doivent avoir une tenue correcte, d'éviter d'élever le ton de la conversation et de provoquer tout bruit intempestif.

Il est interdit de fumer dans les locaux y compris dans les chambres des résidents de l'EHPAD pour un principe de sécurité incendie.

L'expression des convictions religieuses ne doit pas entraver la tranquillité des autres usagers et de leurs proches, ni le fonctionnement du service.

Le nombre de visiteurs pourra être limité par décision du responsable du service.

Art. 49 - HORAIRES DES VISITES

Les visites aux usagers ont lieu, en règle générale, entre 12h00 et 20h00, tous les jours. Cependant, les responsables de service peuvent être conduits à aménager ces horaires suivant les nécessités du service et l'état de santé de l'utilisateur.

Des dérogations aux horaires peuvent être autorisées, avec l'accord du cadre de santé, lorsqu'elles ne troublent pas le fonctionnement du service.

Lorsque l'état de santé de l'utilisateur le justifie, la présence d'un accompagnant peut être autorisée hors des heures de visite. Ainsi, les proches d'une personne en fin de vie, peuvent l'assister dans ses derniers instants et demeurer en dehors des heures de visite.

Art. 50 - HORAIRES DES REPAS – REPAS AUX ACCOMPAGNANTS

Le petit déjeuner est servi à 7h30, le déjeuner à 12h00 et le dîner à 18h30.

Un repas peut être servi aux visiteurs, sous réserve des moyens d'accueil de chaque service. Ces repas doivent être réservés auprès du bureau de la clientèle. Ils sont facturés au tarif visiteur fixé annuellement par le directoire de l'établissement.

Art. 51 - COMPORTEMENT DES USAGERS – DESORDRES CAUSES PAR L'USAGER

Le comportement ou les propos des usagers ne doivent pas porter atteinte aux droits des autres usagers, ni perturber ou gêner le bon fonctionnement du service, ni encore porter atteinte à l'intégrité physique ou morale des personnels de l'établissement.

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

Outre les dispositions ci-dessus, l'indemnisation des préjudices subis pourra être demandée.

Art. 52 - INTERDICTION DE FUMER

Il est strictement interdit de fumer dans les locaux à usage collectif de l'établissement conformément au Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 et de la Circulaire du 8 décembre 2006.

Cette interdiction concerne, pour des mesures de sécurité incendie, autant les chambres des usagers que tous les lieux communs de l'établissement (salons, salles à manger, couloirs, offices...).

Art. 53 - TELEPHONE, INTERNET, TELEVISION, SYSTEME D'APPEL

Téléphone, Internet

Chaque chambre est équipée d'une ligne téléphonique. L'établissement est pourvu d'un réseau Wifi dédié aux patients/résidents. La demande d'ouverture de ligne téléphonique ou Internet est à formuler auprès du bureau de la clientèle. Cette prestation sera facturée au tarif fixé annuellement par le directoire de l'établissement.

Télévision

Service de Soins de Suite

Des téléviseurs sont installés dans toutes les chambres de SSR. Les patients bénéficient de ce service sous forme de location. La demande doit être formulée au bureau de la Clientèle de l'administration. Une caution sera demandée lors de la délivrance de la télécommande. Ce service est facturé au tarif en vigueur fixée annuellement par le directoire.

Service EHPAD

Les usagers peuvent apporter un téléviseur récent répondant aux normes actuellement en vigueur et en bon état de marche. A cet effet, l'utilisateur devra produire une attestation d'assurance responsabilité civile couvrant les dégâts causés par l'utilisation de ce matériel, le risque l'implosion ou l'explosion de l'appareil.

Pour préserver le repos de tous, il convient d'utiliser avec discrétion des appareils de radio et de télévision

Système d'appel

Un système d'appel malade permet à chaque usager, à partir de sa chambre, de joindre à tout moment, le personnel du service. Cette prestation est comprise dans la facturation du séjour.

Art. 54 - SERVICE SOCIAL

Une assistante sociale est à la disposition des usagers et de leur famille. Les horaires sont communiqués par le Bureau de la Clientèle.

En outre, l'assistante sociale peut se rendre au chevet d'un malade ou dans la chambre d'un résident à la demande de ceux-ci.

Art. 55 - EXERCICE DU CULTE

Les usagers peuvent participer à l'exercice de leur culte

Les ministres des cultes des différentes confessions peuvent rendre visite aux usagers qui en ont exprimé le désir auprès des cadres de santé.

L'expression des convictions religieuses ne doit cependant pas faire obstacle à la qualité des soins et aux règles d'hygiène, à la tranquillité des autres usagers et de leurs proches, ni au fonctionnement régulier du service.

CHAPITRE VIII

RELATIONS ENTRE MEDECINS DE L'HOPITAL, MEDECINS TRAITANT & USAGERS

Art. 56 - CONSERVATION DU DOSSIER MEDICAL

Le dossier médical est conservé par l'Administration Hospitalière pendant une durée minimum de 20 années et plus selon les modalités mentionnées dans l'instruction ministérielle n° DHOS/E1/DAF/DPACI/2007/322 du 14 août 2007. Cette conservation est effectuée, dans les services d'archives médicales de l'établissement.

Art. 57 - COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

Le dossier médical est communiqué au malade qui le demande par écrit ou à la personne qu'il désigne à cet effet. En cas de décès du malade hospitalisé, il peut être communiqué aux ayants-droits conformément aux dispositions de la loi du 4 mars 2002, sauf si le défunt avait, au préalable, exprimé une volonté contraire.

Le dossier médical peut, en outre, être consulté sur place à la demande du malade, ou par le médecin désigné par le malade (à l'exclusion d'un médecin de compagnie d'assurance ou d'un médecin de contrôle). Les dispositions de la loi "informatique et liberté" ne permettent pas de déroger aux dispositions précédentes.

En ce qui concerne l'exercice du contrôle médical, les médecins responsables communiqueront ou prendront toutes dispositions utiles pour que soient communiqués au médecin-conseil de la Sécurité sociale les documents médicaux nécessaires à l'exercice du contrôle.

Toutes garanties doivent être prises pour la sauvegarde du secret professionnel.

Les médecins de l'établissement veilleront à une identification claire et lisible de leurs prescriptions.

Art. 58 - ENVOI D'UN DOSSIER MEDICAL SUCCINCT

Avec l'accord du malade, un dossier médical succinct doit être adressé au médecin de ville ou au médecin d'un établissement public qui en fait la demande (à l'exclusion d'un médecin de compagnie d'assurance ou d'un médecin de contrôle).

Ce dossier est constitué par un membre de l'équipe médicale hospitalière à partir du dossier médical complet conservé par l'établissement. L'envoi fait l'objet d'un remboursement à l'hôpital local des frais qui lui sont engagés pour les copies de documents et de clichés, ainsi que pour l'expédition.

Art. 59 - INFORMATION DU MEDECIN TRAITANT (Hospitalisés de SSR)

Information à l'admission du malade

L'établissement fait parvenir au médecin désigné par le malade une lettre lui faisant connaître la date, et l'heure de l'admission du malade et l'invite à prendre contact auprès du service, à fournir tous renseignements utiles sur le malade et à manifester éventuellement le désir d'en recevoir des nouvelles.

Information en cours d'hospitalisation

En fonction de la durée prévisible de l'hospitalisation, le médecin responsable du malade communique le plus rapidement possible au médecin ou à la personne désignée par le malade, sur demande écrite de ce dernier, toute information relative à l'état du malade.

Information à la sortie du malade

Sous réserve de l'accord du malade, le médecin responsable adresse au médecin désigné par le malade, par voie postale et dans un délai maximum de 8 jours suivant la sortie du malade, une lettre l'informant de cette sortie, résumant les observations faites, les traitements effectués, ainsi qu'éventuellement la thérapeutique à poursuivre, et lui précisant le lieu, les jours et heures auxquels il lui sera possible de prendre connaissance du dossier de l'intéressé.

L'établissement est engagé dans le dispositif « ZEPRA » qui permettra à terme de déposer sur une plateforme de santé, les données médicales d'hospitalisation des patients, consultables par leur médecin traitant.

CHAPITRE IX

MESURES A PRENDRE EN CAS DE DECES

Art. 60 - CONSTAT DU DECES

Le décès est constaté par un médecin. Il établit un certificat de décès, lequel est transmis au Bureau de la Clientèle. Conformément à l'article 80 du Code Civil, les décès sont inscrits sur un registre spécial, disponible au Bureau de la Clientèle. Une copie en est transmise dans les 24 heures au bureau d'état civil de la mairie.

L'établissement adhère au dispositif de déclaration informatisée des décès.

Art. 61 - NOTIFICATION DU DECES

La famille ou les proches doivent être prévenus, dès que possible et par tous les moyens appropriés, de l'aggravation de l'état du malade et du décès de celui-ci.

Art. 62 - INDICES DE MORT VIOLENTE OU SUSPECTE

Dans les cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un hospitalisé, le Directeur ou son représentant, prévenu par le médecin responsable, avise l'autorité judiciaire, conformément à l'article 81 du Code Civil.

Art. 63 - TOILETTE MORTUAIRE ET INVENTAIRE APRES-DECES

Lors du décès médicalement constaté, le personnel soignant du service procède à une mise au propre du défunt avec toutes les précautions convenables et dresse l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, moyens de paiement, papiers, clefs, etc... que le défunt possédait. Cet inventaire est dressé en présence d'au moins un témoin. Il est inscrit sur un document établi en 3 exemplaires.

L'inventaire, mentionné à l'alinéa précédent, est établi dans les 24 h suivant le décès, il est signé par le personnel soignant et le témoin. La dévolution des sommes d'argent, valeurs, bijoux et de tout objet laissé par le défunt est opérée dans les conditions prévues par le Code Civil et par la Loi 92-614 du 6 juillet 1992. Les espèces, valeurs moyens de paiement et bijoux sont immédiatement remis au comptable de l'établissement. Les vêtements et objets sans grande valeur sont soigneusement enveloppés dans des sacs vestiaires prévus à cet effet. Le service de soins les remet à la famille. Ils sont conservés dans la limite d'un mois par les services administratifs de l'établissement. En cas de non-observation de ces règles, l'agent engage sa responsabilité et celle de l'hôpital.

Lorsque les mesures sanitaires y obligent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au défunt sont incinérés par mesure d'hygiène. Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants droits qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur desdits objets et effets.

Le corps est déposé à la nécroroom située au rez-de-jardin du pavillon Bouton d'Or et il ne peut être transféré hors de l'établissement qu'avec les autorisations exigées par les lois et règlements. Dans la mesure où les circonstances le permettent, la famille a accès auprès du défunt avant que le corps ne soit déposé à la nécroroom.

Art. 64 – CHAMBRE MORTUAIRE

Le Centre Hospitalier de St Geoire en Valdaine n'est pas équipé d'une chambre mortuaire.

Lors de l'admission d'un patient/résident, il est procédé au recueil des ses volontés sur la fin de vie ainsi que sur le choix de l'entreprise qui sera chargée des démarches funéraires.

Lors du décès constaté médicalement, les équipes soignantes en informent les proches et se chargent de prendre contact auprès de l'entreprise des pompes funèbres choisie afin d'engager les démarches nécessaires et d'accueillir le défunt dans leur centre funéraire. Si le choix de l'entreprise des pompes funèbres n'a pas été indiqué dans le dossier des patients/résidents et si les proches n'ont pas pu être contactés pour engager les démarches, au-delà d'un délai de 10h après le décès, l'Hôpital fera appel à une entreprise pour accueillir le défunt au sein de son centre funéraire.

Art. 65 - TRANSPORTS DE CORPS A RESIDENCE SANS MISE EN BIÈRE

Le transport sans mise en bière du corps d'une personne décédée, de l'hôpital à la résidence du défunt ou d'un membre de sa famille doit être autorisé par le Maire de la commune de St-Geoire en Valdaine selon le cas. L'autorisation est subordonnée :

- à la demande écrite de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile,
- à la reconnaissance préalable du corps par ladite personne,
- à l'autorisation écrite du directeur d'établissement d'hospitalisation,
- à l'accord écrit du médecin de l'établissement qui a constaté le décès,
- à l'accomplissement préalable des formalités prescrites aux articles 78, 79 et 80 du Code Civil relatives aux déclarations de décès.

Le médecin ne peut s'opposer au transport que pour les motifs suivants :

- le décès soulève un problème médico-légal,
- le défunt était atteint, au moment du décès, de l'une des maladies contagieuses dont la liste est fixée par arrêté du Ministre de la Santé.
- l'état du corps ne permet pas un tel transport.

Si le médecin s'oppose au transport du corps sans mise en bière, il doit en avertir sans délai par écrit le Directeur de l'établissement et la famille.

Si la commune du lieu du décès n'est pas celle où le corps doit être transporté, l'avis de l'autorisation de transport est adressé sans délai au maire de cette dernière.

Le transport à résidence doit être effectué et terminé dans un délai maximum de 24 heures à compter du décès si le corps n'a pas subi des soins de conservation ; au cas où le corps a subi de tels soins, le transport doit être effectué et terminé dans un délai de 48 heures à compter du décès.

Les transports à résidence sont assurés par des véhicules agréés à cet effet.

Art. 66 - TRANSFERT DU CORPS EN CHAMBRE FUNÉRAIRE AVANT MISE EN BIÈRE

Le transport du corps dans une chambre funéraire située sur le territoire de la commune du lieu de décès ne peut être effectué que sur production d'un certificat médical constatant que le défunt n'est pas atteint d'une des maladies contagieuses dont la liste est fixée par un arrêté du Ministre de la Santé. Il appartient au médecin responsable du malade d'établir ce certificat.

L'admission en chambre funéraire doit intervenir dans un délai de 24 heures après le décès. Elle a lieu sur la demande écrite, soit de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile, soit du Directeur ou de son représentant si les proches n'ont pu être contactés dans les 10h suivant le décès. (dans ce dernier cas, les frais résultant du transport sont à la charge de l'établissement).

Art. 67 - TRANSPORT DE CORPS APRES MISE EN BIÈRE

Avant son inhumation ou sa crémation, le corps d'une personne décédée doit être mis en bière. Si la personne décédée était porteuse d'une prothèse renfermant des radio-éléments (ex pacemaker...), Il convient de faire procéder à la récupération de l'appareil avant la mise en bière. Le transport de corps après mise en bière ne peut être effectué que par un service ou une entreprise agréée.

CHAPITRE X

DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL – OBLIGATIONS DES PERSONNELS

Art. 68 - ASSIDUITE ET PONCTUALITE DU PERSONNEL

L'assiduité et la ponctualité du personnel soignant, administratif, technique et ouvrier font partie des conditions essentielles du bon fonctionnement de l'hôpital local. Les horaires sont fixés par tableaux de service, et sur la base de plannings prévisionnels de travail.

Art. 69 - EXECUTION DES ORDRES RECUS

En cas d'empêchement de l'agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, un autre agent ayant reçu d'une autorité responsable l'ordre d'exécuter ce travail ne peut s'y dérober pour le motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade. Toutefois, l'application de cette disposition ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par dispositions législatives.

Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent. Le caractère de service public hospitalier justifie, en cas de grève, le recours au service minimum dégagé par la jurisprudence. Le Directeur a le droit d'assigner au service des agents indispensables à son fonctionnement minimum, selon les critères de présence en vigueur les dimanches et jours fériés.

Art. 70 - INFORMATION DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE DE TOUT INCIDENT

Tout agent doit informer son supérieur hiérarchique des incidents dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

Art. 71 - CONSERVATION EN BON ETAT DES LOCAUX, MATERIELS ET EFFETS

Tout membre du personnel doit veiller à conserver en bon état les locaux, les matériels, les effets et objets de toute nature mis à disposition par l'hôpital. Il peut être exigé un remboursement en cas de dégradation volontaire ou d'incurie caractérisée.

Art. 72 - OBLIGATION DE DEPOSER ARGENT, VALEURS OU OBJETS CONFIES PAR LES USAGERS

Aucun employé du centre hospitalier de St Geoire en Valdaine ne doit conserver des dépôts d'argent ou d'objets de valeur appartenant à aux usagers. Ces dépôts doivent être versés, sans délai, au régisseur des recettes disposant d'un coffre-fort à cet effet.

Art. 73 - INTERDICTION DE POURBOIRES

Le personnel ne doit accepter ni rémunération, ni pourboire de la part des usagers ou des visiteurs.

Art. 74 - EXERCICE D'UNE ACTIVITE PRIVEE LUCRATIVE

Des dérogations sont autorisées notamment pour des missions d'enseignement et d'expertise, dans le cadre de la réglementation sur les cumuls des rémunérations. Les agents doivent en informer le service des Ressources Humaines.

Art. 75 - IDENTIFICATION DU PERSONNEL

Une identification du personnel est instituée sur les tenues de travail pour le personnel qui en porte. Il convient que tout agent respecte ce principe d'identification établi dans un souci d'humanisation de l'établissement et de meilleure sécurité de tous.

Art. 76 - TENUE VESTIMENTAIRE DE TRAVAIL

Toutes les personnes appelées à travailler dans les services doivent adopter les tenues vestimentaires de travail usuelles dans l'établissement. La tenue vestimentaire réglementaire doit donc être portée pendant toute la durée du service. L'agent la restitue à la lingerie à son départ. Toutefois, le port des vêtements de travail est interdit dans les restaurants du personnel et à l'extérieur de l'hôpital, lorsque le personnel n'est pas en service.

En application du principe de laïcité de l'Etat et de neutralité des services publics, il est interdit au personnel dans l'exercice de ses fonctions de manifester son appartenance à une religion quelle qu'elle soit, notamment par une extériorisation vestimentaire.

Art. 77 - TENUE CORRECTE EXIGEE

Une tenue irréprochable dans l'habillement comme dans le langage est exigée de l'ensemble du personnel. La familiarité à l'égard des usagers est formellement proscrite.

Art. 78 - LUTTE CONTRE LE BRUIT

Chaque membre du personnel doit, par son comportement, participer à la lutte contre le bruit, tout particulièrement la nuit, dans les services de soins.

Art. 79 - LUTTE CONTRE LE TABAGISME ET L'ALCOOLISME

Conformément au Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 et de la Circulaire du 8 décembre 2006, il est strictement interdit de fumer dans l'ensemble des locaux de l'établissement.

Par ailleurs, selon les dispositions de l'article L 232.2 du Code du Travail, le personnel ne doit ni introduire, ni consommer de boissons alcoolisées dans l'enceinte de l'hôpital.

Art. 80 - ATTITUDE ENVERS LES USAGERS

A tous les échelons, le personnel s'efforcera d'assurer aux usagers dont il a la charge le maximum de confort physique et moral. Pendant le service, le personnel ne doit tenir, en présence des usagers ou des visiteurs, aucun propos de nature à troubler le climat de sécurité, de calme et de sérénité indispensable à la vie en milieu hospitalier.

Tout résident/patient a droit au respect de sa vie privée. Son intimité doit être respectée à tout moment de son séjour, que ce soit lors des soins, des toilettes, des consultations, examens.

La personne doit être traitée avec égard et ne pas souffrir de propos familier ou malveillant, de gestes brusques, d'agressivité ou d'attitude équivoque.

Les résidents/patients doivent être appelés par leur nom et le vouvoiement est de rigueur.

Art. 81 - RESPECT DE LA LIBERTE DE CONSCIENCE ET D'OPINION DES USAGERS ET VISITEURS

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

Art. 82 - ACCUEIL DES FAMILLES

Les familles seront accueillies et informées avec tact et ménagement, en toutes circonstances.

Art. 83 - INFORMATION DES FAMILLES PAR RAPPORT AUX DECISIONS IMPORTANTES

Les familles seront avisées en temps utile, si besoin par téléphone, des décisions importantes concernant l'usager (changement de service, transfert dans un autre établissement, sortie, etc...) avant que la décision ait reçu exécution, sauf urgence médicale.

Art. 84 - ENVOI RAPIDE DES AVIS D'AGGRAVATION

Le personnel fera diligence pour que les avis d'aggravation parviennent aux familles par les moyens les plus rapides, notamment le téléphone, lorsqu'elles ont laissé à l'hôpital un numéro à cet effet.

Art. 85 - SECRET PROFESSIONNEL

L'ensemble du personnel hospitalier est tenu au secret professionnel. Cependant, le Directeur ou son représentant délie l'agent de cette obligation au profit d'un juge d'instruction ou d'un officier de police judiciaire agissant sur commission rogatoire du magistrat, qui, seuls, peuvent requérir la délivrance de certificats ou la saisie de dossier dans les conditions fixées par la loi. En l'absence d'opposition des usagers, les indications d'ordre médical – tel que le diagnostic et l'évolution de la maladie- ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions fixées par le Code de Déontologie ; Les renseignements courants sur l'état de l'usager peuvent être donnés par les cadres de santé ou l'équipe infirmière.

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

Art. 86 - OBLIGATION DE DISCRETION PROFESSIONNELLE

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

Art. 87 - RESPECT DU LIBRE CHOIX DES FAMILLES

Dans le cas où les familles ont la possibilité de faire appel à des entreprises privées (ambulances, pompes funèbres), leur libre choix doit être préservé.

Art. 88 - ACCES INTERDIT AUX DEMARCHEURS, AGENTS D'AFFAIRES

Les journalistes, photographes, démarcheurs et agents d'affaires qui pénètrent sans autorisation du Directeur dans les services et chambres dans l'intention d'y exercer leur activité doivent être immédiatement exclus.

Art. 89 - LIVRET D'ACCUEIL DU PERSONNEL

Un livret d'accueil du personnel est remis à tout agent intégrant l'hôpital.

Art. 90 - EFFETS ET BIENS PERSONNELS / RESPONSABILITE

Chaque membre du personnel (médical ou non) est responsable de ses effets et biens personnels. Tout vol, toute perte (voire toute déprédation) d'argent, valeurs ou objets divers ne peut être imputé à la responsabilité de l'établissement.

CHAPITRE XI

REGLES DE CIRCULATION & DE STATIONNEMENT AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

Art. 91 – CIRCULATION ET STATIONNEMENT

Les voies de circulation et de stationnement de l'établissement sont strictement réservées à la circulation du personnel et des usagers du Service Public Hospitalier.

Les dispositions du Code de la Route, sont applicables dans l'enceinte de L'hôpital. La vitesse y est limitée à 20 km/h.

Les conducteurs de véhicules sont tenus d'éviter les comportements générateurs de bruits.

Le stationnement, dans des emplacements à l'évidence gênants, est interdit. En outre, des aires de stationnement sont réservées aux personnes qui, de par leur qualité, sont amenées à fréquenter régulièrement l'établissement (livreur, ambulanciers, taxi).

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

La Direction de l'hôpital se réserve le droit de faire appel aux forces de police, à la fourrière, sans mise en demeure préalable, pour les véhicules dont le stationnement entraverait gravement la circulation et/ou mettrait en péril la sécurité des personnes ou des biens.