Règlement Intérieur Général

du Centre Hospitalier Annecy Genevois (CHANGE)

Juin 2021

SOMMAIRE

PREAMBULE

PARTIE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES 11

SECTION 1 – IMPLANTATION ET MISSIONS DU CHANGE 12

Article 1 - Implantation 12
Article 2 - Missions et obligations 13

SECTION 2 – INSTANCES DÉCISIONNAIRES 14

Article 3 – Le conseil de surveillance 14
Article 4 - Le Directoire 16

SECTION 3 – INSTANCES CONSULTATIVES 19

Article 6 – La Commission Médicale d'Etablissement (CME) 19
Article 7 – Le Comité technique d'établissement (CTE) 22
Article 8 – La Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico Techniques (CSIRMT) 23
Article 9 – Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) 25
Article 10 – Les Commissions Administratives Paritaires Locales (CAPL.) et la Commission Consultative Paritaire (CCP) 26
Article 11 – La Commission des Usagers (CDU) 27
Article 12 - Composition nominative des comités, commissions et sous commissions consultatives 28
Article 13 - Dispositions générales applicables aux réunions des instances décisionnaires et consultatives 28

SECTION 4 – ORGANISATION INTERNE DES ACTIVITES 29

Article 14 – Les pôles d'activités et les structures internes 29
Article 15 – L'organisation des soins dans les structures internes 31

SECTION 5 – POLITIQUE QUALITE ET GESTION DES RISQUES (Q-GDR) 32

Article 16 – Les acteurs du management de la qualité 32
Article 17 – L'amélioration continue de la qualité 32
Article 18 – La certification 33

SECTION 6 – POLITIQUE DE SECURITE DES SYSTEMES D'INFORMATION 34

Article 19 – Les acteurs du management de la sécurité des systèmes d'information 34

SECTION 7 – DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL 35

SOUS-SECTION 1 – Règles fondées sur le respect des malades 35
Article 20 – Devoir d'information du public 35
Article 21 – Secret professionnel 35
Article 22 – Obligation de discrétion professionnelle 36
Article 23 – Devoir général de réserve, respect de la liberté de conscience et d'opinion 36
Article 24 – Respect du confort des malades 36
Article 25 – Exigence d'une tenue correcte 37
Article 26 – Identification vis-à-vis des interlocuteurs 37
Article 27 – Accueil et respect du libre choix des familles 37
Article 28 - Respect des règles relatives à la protection des données à caractère personnel 37
Article 29 – Obligation de déposer les biens confiés par les malades ou trouvés dans l'hôpital 38

SOUS-SECTION 2 – Autres règles de comportement professionnel 39
Article 30 – Obligation de désintéressement - obligation de déclaration d'intérêts 39
Article 31 – Interdiction d'exercer une activité privée lucrative 39
Article 32 – Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces 39
Article 33 – Exécution des instructions reçues 39
Article 34 – Assiduité et ponctualité 39
Article 35 – Information du supérieur hiérarchique 40
Article 36 - Utilisation des véhicules 40
Article 37 – Utilisation de la navette inter-sites 40
Article 38 – Obligation de signalement des incidents ou risques 40
Article 39 – Témoignage en justice ou auprès de la police 40
Article 40 – Bon usage des biens de l'hôpital 40
Article 41 – Bonne utilisation du système d'information 41
Article 42 – Respect des règles d'hygiène et de sécurité 41
Article 43 – Interdiction des produits psychoactifs 41
Article 44 – Respect des règles de fixation et diffusion de l'image d'autrui 42
Article 45 – Restaurant du personnel 42
Article 46 – Utilisation des cartes professionnelles 42
Article 47 – Activités de vente de produits par les agents sur leur lieu de travail 42

SECTION 8 – DISPOSITIONS RELATIVES A LA SECURITE 43

SOUS-SECTION 1 – Règles et dispositif de sécurité générale 43
Article 48 – Nature et opposabilité des règles de sécurité 43
Article 49 – Accès à l'hôpital 43
Article 50 – Calme et tranquillité au sein de l'hôpital 44
Article 51 – Téléphones portables 44
Article 52 – Personnels de sécurité générale et de sécurité incendie 44
Article 53 – Matériels de sécurité générale (vidéosurveillance, contrôles d'accès) 45
Article 54 – Règles de responsabilité 45
Article 55 – Rapports avec l'autorité judiciaire 46
Article 56 – Rapport avec les autorités de police ou gendarmerie 46
Article 57 – Circonstances exceptionnelles 46

SOUS-SECTION 2 – Prévention et sécurité incendie 47
Article 58 – Registre de sécurité incendie 47
Article 59 – Sécurité des biens et des personnes 47
Article 60 – Le permis feu 47
Article 61 – Interdiction de fumer 48

SOUS-SECTION 3 – Sécurité et permanence de fonctionnement 49
Article 62 – Recherche de la maîtrise des risques et droit de retrait 49
Article 63 – Garde technique 50

SOUS-SECTION 4 – Circulation et stationnement des véhicules 51
Article 64 – Voirie hospitalière 51
Article 65 – Règles de compétence 51
Article 66 – Signalisation et sanctions 51
Article 67 – Règles générales de stationnement 52
Article 68 – Dispositions communes aux zones de stationnement réservées aux professionnels 52
Article 69 – Parc de stationnement public 52
Article 70 – Dépose bus et dépose minute – Règles particulières site de Metz-Tessy 53
Article 71 - Circulation dans la rue logistique 53

PARTIE II – DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONSULTATIONS, A L'ADMISSION, AU SEJOUR ET A LA SORTIE DU MALADE 54

SECTION 1 – ACCUEIL, CONSULTATION ET ADMISSION 55

Article 72 – Droit à la prévention et aux soins 55
Article 73 – Principe du libre choix du malade 55

SOUS-SECTION 1 – Accueil et admission 56
Article 74 - L'accueil des malades 56
Article 75 – Accueil des personnes handicapées 56
Article 76 – Accès au soin des personnes démunies 56
Article 77 – Livret d'accueil 56
Article 78 – Décision d'admission 57
Article 79 – Formalités d'admission 57
Article 80 – Secret de l'admission 57
Article 81 – La personne de confiance 58
Article 82 – Admission à la demande d'un médecin traitant ou suite à une consultation 58
Article 83 – Admission programmée 58
Article 84 – Admission directe dans le service 58
Article 85 – Conditions de transfert d'un patient vers un autre établissement de santé 59

SOUS-SECTION 2 – Consultations 60
Article 86 – Consultations externes 60
Article 87 – Tarifs des consultations externes 60
Article 88 – Consultation de dépistage de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine 60
Article 89 – Protection maternelle et infantile 60

SOUS-SECTION 3 - Alternatives à l'hospitalisation 61
Article 90 – Structures de soins alternatives à l'hospitalisation 61

SOUS-SECTION 4 - Activité libérale des médecins au sein de l'hôpital 62
Article 91 – Principes d'organisation de l'activité libérale 62
Article 92 – Service public hospitalier et activité libérale 62

SECTION 2 – ACCUEIL ET ADMISSION EN URGENCE 63

Article 93 – Plan d'accueil des malades ou blessés en urgence (« Plan Blanc ») 63
Article 94 – Interventions des personnels en cas d'urgence ou d'accident survenant à proximité immédiate de l'hôpital 63
Article 95 – Accueil et admission en urgence 63
Article 96 – Information des familles des malades ou blessés hospitalisés en urgence 64
Article 97 – Inventaire à l'admission 64
Article 98 – Patients amenés par la police 64

SECTION 3 – DISPOSITIONS PARTICULIERES A CERTAINS PATIENTS 65

SOUS-SECTION 1 – Dispositions relatives aux malades mineurs 65
Article 99 – Admission des malades mineurs 65
Article 100 – Autorisation de soins 66
Article 101 – Situation des mineurs qui refusent que les titulaires de l'autorité parentale soient informés de leur état de santé 66
Article 102 – Accompagnement des enfants en hospitalisation 67
Article 103 – Poursuite de la scolarité pendant l'hospitalisation 67
Article 104 – Autorisation de sortie des mineurs en cours d'hospitalisation 67

Article 105 – Sortie des mineurs en fin d'hospitalisation ou suite à un passage aux urgences 67

SOUS-SECTION 2 - Dispositions relatives aux femmes enceintes 68
Article 106 – Admission en maternité 68
Article 107 – Secret de la grossesse ou de la naissance 68
Article 108 – Admission des femmes désirant subir une interruption volontaire de grossesse (IVG) 69

SOUS-SECTION 3 – Dispositions relatives aux malades étrangers 70
Article 109 – Admission des malades étrangers 70
Article 110 – Admission de femmes étrangères désirant subir une interruption volontaire de grossesse (IVG) 70

SOUS-SECTION 4 – Dispositions relatives aux militaires et aux victimes de guerre 71
Article 111 – Admission des militaires 71
Article 112 – Admission des militaires en urgence 71
Article 113 – Admission des bénéficiaires de l'article L.115 du code des pensions militaires, d'invalidité et des victimes de guerre 71

SOUS-SECTION 5 - Dispositions relatives aux malades en soins psychiatriques et aux incapables majeurs 72
Article 114 – Admission des personnes en soins psychiatriques 72
Article 115– Dispositif de protection juridique des majeurs protégés 72

SOUS-SECTION 6 – Dispositions relatives aux malades gardés à vue et détenus 73
Article 116 – Admission des personnes gardées à vue 73
Article 117 – Admission et surveillance des détenus 73

SOUS-SECTION 7 – Autres cas particuliers d'admission 74
Article 118 – Admission des malades toxicomanes 74
Article 119 – Admission des malades ayant qualité d'évacués sanitaires 74
Article 120 – Admission des malades devant confier provisoirement des enfants au service de l'aide sociale à l'enfance 74
Article 121 – Admission des agents du CHANGE 75
Article 122 – Admission au sein d'une unité de soins de suite ou de réadaptation 75

SECTION 4 – SOINS, DROITS ET INFORMATION AUX PATIENTS 76

SOUS-SECTION 1 – Consentement aux soins, refus de soins 76
Article 123 – Consentement aux soins 76
Article 124 – Refus des soins 76
Article 125 – Consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur des mineurs ou des majeurs protégés 77
Article 126 – Interventions médicales et chirurgicales d'urgence sur des mineurs et des majeurs protégés 77

SOUS-SECTION 2 - Information médicale 78
Article 127 – Information du patient 78
Article 128 – Dossier médical du patient 78
Article 129 – Communication du dossier médical au patient 78
Article 130 – Relations avec les familles 79
Article 131 – Droit d'accès des ayants-droit aux informations concernant un patient décédé 79
Article 132 – Communication d'informations médicales et continuité des soins 80
Article 133 – Traitement de données à caractère personnel des patients 80
Article 134 – Réclamations et voies de recours 80
Article 135 – Médiateur médical et médiateur non médical 81

SOUS-SECTION 3 – Dons du sang et transfusions sanguines 82
Article 136 – Transfusions sanguines 82
Article 137 – Sécurité transfusionnelle 82

SOUS-SECTION 4 – Dispositions relatives aux recherches biomédicales, aux dons et aux prélèvements d'éléments du corps humain 83
Article 138 – Dispositions spécifiques à la recherche biomédicale 83
Article 139 – La coordination hospitalière de prélèvement des organes et des tissus 83
Article 140 – Modalités générales des prélèvements d'éléments du corps humain et de la collecte de ses produits 83
Article 141 – Modalités générales des prélèvements à but scientifique et à but thérapeutique sur un malade décédé 84
Article 142 – Dispositions particulières applicables aux prélèvements effectués sur certaines catégories de personnes décédées 84
Article 143 – Modalités spécifiques des prélèvements à but scientifique 84

SECTION 5 – CONDITIONS DE SEJOUR DU MALADE A L'HOPITAL 85

SOUS-SECTION 1 – Principes régissant le séjour 85
Article 144 – Règles générales 85
Article 145 – Dépôt des objets de valeur 85
Article 148 – Autorisations de sortie au cours de l'hospitalisation 86
Article 149 – Exercice des cultes 86

SOUS-SECTION 2 - Service social 87
Article 150 – Composition et missions du service social 87

SOUS-SECTION 3 – Accès des personnes étrangères à l'hôpital 88
Article 151 – Visites 88
Article 152 – Recommandations aux visiteurs 88
Article 153– Stagiaires extérieurs 88
Article 154 – Associations de bénévoles 89
Article 155 – Accès des professionnels de la presse 89
Article 156 – Gardes privées 89
Article 157 – Interdiction d'accès aux démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs 89
Article 158 – Intervention d'un notaire 89

SOUS-SECTION 4 – Règles diverses 90
Article 160 – Respect de la personne et de son intimité 90
Article 161 – Droits civiques 90
Article 162 – Prestataires de services au sein de l'hôpital 91
Article 163 – Interdiction des pourboires 91
Article 164 – Effets personnels 91
Article 165 – Produits psychoactifs 91
Article 166 – Courrier 91
Article 167 – Téléphone, télévision, Internet 92
Article 168 – Fixation et diffusion de l'image d'autrui 92

SECTION 6 – SORTIE DES PATIENTS 93
Article 169 – Compétence du directeur en matière de sortie 93
Article 170 – Modalités de la sortie 93
Article 171 – Sortie contre avis médical 93
Article 172 – Sortie à l'insu du service 94
Article 173 – Sortie des nouveau-nés 94
Article 174 – Sortie disciplinaire 94

SECTION 7 – FRAIS DE SEJOUR ET VENTE DE MEDICAMENTS 95

Article 175 – Principe du paiement 95
Article 176 – Tarifs des prestations 95
Article 177 – Forfait journalier 95
Article 178 – Paiement des frais de séjour et provisions 95
Article 179 – Prestations fournies aux accompagnants 96
Article 180 – Vente de médicaments de la réserve hospitalière et rétrocession 96

SECTION 8 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX NAISSANCES ET DECES 97

SOUS-SECTION 1 – Dispositions relatives aux naissances 97
Article 181 – Déclaration de naissance 97
Article 182 – Déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale 97

SOUS-SECTION 2 – Dispositions relatives aux décès 98
Article 183 – Attitude à suivre à l'approche du décès 98
Article 184 – Annonce du décès 98
Article 185 – Formalités entourant le décès 99
Article 186 – Indices de mort violente ou suspecte et obstacle médico-légal 99
Article 187 – Dépôt des corps à la chambre mortuaire 100
Article 188 – Transport de corps avant mise en bière vers une chambre funéraire 100
Article 189 – Transport avant mise en bière vers le domicile du défunt ou d'un membre de la famille 100
Article 190 – Mise en bière et transport après mise en bière 101
Article 191 – Opérations funéraires 101
Article 192 – Don du corps à la science 102
Article 193 – Objets abandonnés ou déposés par le défunt 102
Article 194 – Libre choix des opérateurs funéraires 102
Article 195 – Liberté des funérailles, dispositions testamentaires 103

PARTIE III – DISPOSITIONS DIVERSES 104

Article 196 – Mise à disposition du règlement intérieur 105
Article 197 – Adoption et modification du règlement intérieur 105

PREAMBULE

Le Centre Hospitalier Annecy Genevois (CHANGE) est un établissement public de santé organisé autour de plusieurs sites : le site de Metz-Tessy, le site de Saint Julien en Genevois, le site de Seynod (ESIS).

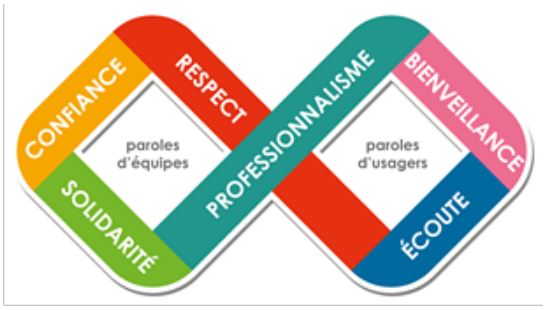
Son objectif est de garantir des soins de qualité ainsi que les valeurs portées par l'établissement :

Le respect permet le partage, la discussion et l'élaboration de consensus, il est un facteur de qualité de vie au travail.

La confiance est une alliance, la base et le socle du travail en équipe, elle se travaille et se construit, elle rend les choses possibles, elle permet la délégation et donc l'autonomie source d'épanouissement. Elle suppose le respect et facilite la communication qui contribue à l'atteinte de consensus. La confiance est un facteur de qualité, de sécurité, d'efficience et de sérénité.

La solidarité permet de pouvoir compter les uns sur les autres naturellement sans avoir à le demander pour atteindre un objectif commun, fruit d'une vision collective partagée. C'est aussi vivre ensemble dans une ambiance sereine et de collaboration au sein de l'équipe.

Le professionnalisme est la capacité d'acquérir et de faire évoluer des compétences, de les mobiliser dans un objectif précis avec une attitude adaptée à chaque situation. Ce concept marque l'engagement des professionnels dans leur travail, dans une dynamique d'équipe en pleine confiance et sérénité pour un résultat de qualité.



Le présent règlement intérieur a été réalisé conformément au 1er alinéa de l'article L. 1112-3 du code de la santé publique qui prévoit : « *Les règles de fonctionnement des établissements de santé propres à assurer le respect des droits et obligations des usagers des patients hospitalisés sont définies par voie réglementaire.* » Il intègre les règles propres au Centre hospitalier Annecy Genevois ainsi que les lois et règlements en vigueur.

Il est tenu à la disposition des patients, des familles, des personnels et de toute personne intéressée.

Le règlement intérieur s'applique dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, qui prévalent dans tous les cas sur les dispositions du règlement intérieur.

Le directeur du Centre hospitalier Annecy Genevois (CHANGE) veille à l'exécution du présent règlement, qui s'impose à tous à l'ensemble des sites du CHANGE.

PARTIE I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

SECTION 1 – IMPLANTATION ET MISSIONS DU CHANGE

Article 1 - Implantation

Le Centre hospitalier Annecy Genevois est un établissement public de santé à caractère intercommunal régi par le code de la santé publique. Il comprend :

- Le site de METZ-TESSY, siège administratif regroupant les activités de soins de courte durée en médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie et pédopsychiatrie ; les unités d'hospitalisation de psychiatrie adulte ; l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et l'institut de formation aide-soignante (IFAS).
- Le site de SAINT-JULIEN-EN-GENEVOIS, regroupant les activités de soins de courte durée en médecine, chirurgie, obstétrique, les soins de suite et réadaptation (SSR), **l'EHPAD-USLD Baudelaire.**
- **L'ESIS (Espace Santé Innovation du Semnoz**) : cette structure rassemble une Unité de Soins de Longue Durée (USLD) et un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Elle se situe à Seynod.
- Un EHPAD nommé « Résidence Saint-François de Sales », sis sur la commune d'Annecy
- Des centres médico psychologiques (CMP) et des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) de psychiatrie générale et de pédopsychiatrie sis sur les communes d'Annecy, Annecy le Vieux, Seynod, Rumilly et de psychiatrie infanto-juvénile sis sur la commune de Seynod.
- Un hôpital de jour intersectoriel nommé « les Regains » sis sur la commune de Seynod.
- Un hôpital de jour de psychiatrie infanto-juvénile sis sur la commune de Metz-Tessy.
- Une blanchisserie sise sur la commune de Meythet.
- Le SAMU 74-Centre 15 sis sur la commune de Meythet dans les locaux communs avec le service départemental d'incendie et de secours (SDIS).

Article 2 - Missions et obligations

Le Centre hospitalier Annecy Genevois est au service de la population à laquelle il assure l'aide médicale d'urgence, conjointement avec les praticiens et autres professionnels de santé, personnes et services concernés, la permanence des soins préventifs, curatifs ou palliatifs ainsi que les examens de diagnostic que requiert son état.

Il participe aux activités de réseaux en partenariat avec les hôpitaux du département, de la région, les cliniques et la médecine de ville.

Il participe à des actions de santé publique, de prévention et d'éducation sanitaires des patients et du grand public (SIDA, toxicomanie, lutte contre le tabagisme, lutte antituberculeuse, cardiologie, diabétologie).

Il assure une mission d'enseignement initial et dispose d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers (I.F.S.I.) pour la formation des personnels paramédicaux (Infirmiers Diplômés d'Etat et Aides-Soignants). Il assure le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers.

Il est régi par les principes fondamentaux suivants :

- égal accès de tous aux soins,
- permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou de l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé.
- prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au code de la sécurité sociale.

Il garantit aux plus démunis un accès aux structures d'accueil et de soins avec la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS).

Le CHANGE accueille et admet en son sein toutes les personnes dont l'état de santé le nécessite. Aucune discrimination ne peut être établie entre les malades en ce qui concerne l'admission et les soins. De jour comme de nuit, et en toutes circonstances, il doit être en mesure d'accueillir les personnes dont l'état requiert ses services ; il assure leur admission soit en son sein, éventuellement en urgence, soit dans une autre structure de soins.

Les personnels dispensent les soins dans le respect des règles déontologiques et professionnelles qui leur sont applicables, notamment en ce qui concerne le secret professionnel et l'information des patients et de leurs proches.

Le respect de la dignité et de la personnalité du malade, la prise en compte de sa douleur physique et psychologique, et le devoir d'assistance à personne en péril sont des obligations essentielles de l'ensemble des personnels du CHANGE.

SECTION 2 – INSTANCES DÉCISIONNAIRES

Article 3 – Le conseil de surveillance

(articles L6143 et suivant ; R6173-1 et suivant du code la santé publique)

Composition

Le conseil de surveillance du CHANGE, établissement public de santé de ressort intercommunal, comprend 15 membres répartis comme suit :

- Sont membres avec voix délibérative

Collège des élus, 5 membres :

- le maire de la commune siège de l'établissement principal, ou le représentant qu'il désigne, un représentant de la principale commune d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice connu, autre que celle du siège de l'établissement principal ;deux représentants des établissements publics de coopération intercommunale à fiscalité propre auxquels appartiennent respectivement ces deux communes ou, à défaut, un représentant de chacune des deux principales communes d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice connu, autres que celle mentionnée à l'alinéa précédent : 2 représentants de la communauté de l'agglomération d'Annecy

Le président du conseil départemental, ou son représentant ;

Collège des représentants des personnels médicaux et non médicaux, 5 membres :

- 1 représentant de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques
- 2 membres désignés par la commission médicale d'établissement ;2 membres désignés par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des élections au comité technique d'établissement

Collège des personnalités qualifiées, 5 membres :

- 2 personnalités qualifiées désignées par le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé.
- 3 personnalités qualifiées désignées par le représentant de l'Etat dans le département, dont au moins deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-1.

- Assistent au conseil de surveillance, avec voix consultative :

- Le député de la circonscription où est situé le siège de l'établissement principal de l'établissement public de santé ;
- Un sénateur élu dans le département où est situé le siège de l'établissement principal de l'établissement public de santé, désigné par la commission permanente chargée des affaires sociales du Sénat ;
- le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé ou son représentant ;
- le Président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire ;
- le Représentant de la structure chargée de la réflexion éthique au CHANGE
- le Directeur de la caisse d'assurance maladie de la Haute Savoie désigné en application du premier alinéa de l'article L174-2 du code de la sécurité sociale ou son représentant ;
- le représentant des familles des personnes accueillies dans les établissements délivrant des soins de longue durée ou gérant un EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ;

- Conformément à l'article L6143-7 du code de la santé publique, le Directeur, Président du directoire, participe aux séances du conseil de surveillance et exécute ses délibérations. Il peut se faire assister des personnes de son choix.

Le président du conseil de surveillance est élu pour une durée de cinq ans parmi les membres représentants les collectivités territoriales ou les personnalités qualifiées. Lorsque ses fonctions de membre du conseil de surveillance prennent fin, son mandat prend également fin.

Le président du conseil de surveillance désigne, parmi les représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements ou les personnalités qualifiées, un vice-président, qui préside le conseil de surveillance en son absence.
En cas de vacance des fonctions de président du conseil de surveillance et de vice-président même en cas de démission , ou en l'absence de ces derniers, la présidence des séances est assurée par le doyen d'âge des membres parmi les représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements et les personnalités qualifiées.

Conformément à l'article L6143-6 et R6143-13 du code la santé publique, : « *les membres des conseils de surveillance qui tombent sous le coup des incompatibilités ou incapacités prévues à l'article L 6143-6* comme les membres du Directoire *démissionnent de leur mandat. A défaut ils sont déclarés démissionnaires d'office par le Directeur Général de l'ARS* »

Compétences

1 - Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion.

2 – Il délibère sur :

- le projet d'établissement ;
- la convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;
- le compte financier et l'affectation des résultats ;
- tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
- le rapport annuel d'activité de l'établissement présenté par le directeur ;
- les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L. 6145-7 ;
- toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
- les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.

3 – Il émet un avis sur :

- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat ;
- la participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire ;
- le règlement intérieur de l'établissement ;

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

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

En application de l'article L6145-16 du code de la santé publique, les comptes du CHANGE sont soumis à certification. A ce titre le conseil de surveillance nomme le commissaire aux comptes.

Le conseil de surveillance entend le directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que sur le programme d'investissement. Il est informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'agence régionale de santé et l'établissement ainsi que de ses modifications.

A l'exception des membres de droit, le Directeur nomme et révoque les membres du Directoire, après information du Conseil de surveillance.

Fonctionnement (articles R6143-8 et R6143-11 code de la santé publique)

Le conseil de surveillance se réunit au moins quatre fois par an sauf si son règlement intérieur prévoit un nombre supérieur.

Il se réunit sur convocation de son président ou à la demande du tiers de ses membres.

L'ordre du jour est arrêté par le président et adressé au moins sept jours à l'avance à l'ensemble des membres du conseil de surveillance ainsi qu'aux personnes qui y siègent avec voix consultative. En cas d'urgence, le délai mentionné à l'alinéa précédent peut être abrégé par le président.

Le secrétariat du conseil de surveillance est assuré à la diligence du directeur.

Les séances ne sont pas publiques.

Les membres du conseil de surveillance ainsi que les autres personnes appelées à assister à ses réunions sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel.

Conformément à l'article R6143-14 du code de la santé publique, les délibérations du conseil de surveillance sont conservées dans un registre, sous la responsabilité du président du directoire. Il est tenu à la disposition des membres du conseil de surveillance et du public qui peuvent le consulter sur place. Ils peuvent également obtenir des copies ou extraits des délibérations.

Article 4 : Le Directoire

Composition (article L 6143-7-5 CSP)

Le Directoire se compose de neuf membres appartenant aux personnels hospitaliers de l'établissement.

- Trois membres de droit :

  - le directeur qui préside le directoire
  - le président de la commission médicale d'établissement (CME), vice-président
  - le président de la commission des soins, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

- Un membre du personnel non médical nommé et le cas échéant révoqué par le directeur, après information du conseil de surveillance. Ce membre est nommé sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique.

- Cinq membres qui appartiennent aux professions médicales nommés et le cas échéant révoqués par le directeur, après information du conseil de surveillance. Ces membres sont nommés par le directeur sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la Commission Médicale d'Etablissement.

Le directeur peut en outre sur avis conforme du président de la CME et après consultation du directoire, désigner au plus trois personnalités qualifiées qui peuvent notamment être des représentants des usagers ou des étudiants.

- **Fonctionnement**

La durée du mandat des membres est déterminée par décret. Le directeur général en sa qualité de président du directoire peut mettre fin aux fonctions des membres nommés après information du conseil de surveillance. Le mandat des membres prend fin dans deux hypothèses :

- lors de la nomination d'un nouveau président du directoire
- quand le titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les missions au titre desquelles il était membre du directoire.

Le directeur organise les travaux du directoire qui se réunit au moins huit fois par an sur un ordre du jour déterminé. Il organise la concertation selon des modalités qu'il définit.

De plus, depuis le mois de juin 2019, le Directoire siège de façon élargie en intégrant les chefs de pôles d'activités.

Chaque séance du directoire fait l'objet d'un relevé de conclusions rendu accessible à l'ensemble du personnel de l'établissement.

Compétences (article L6143-7-4)

Le directoire, instance de préparation collégiale des décisions qui relèvent du directeur :

- conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement
- est obligatoirement concerté sur la majeure partie de la politique de gestion de l'établissement. Cette concertation permet au directeur de disposer de tous les avis nécessaires à la prise de décision et

de prévenir, le plus en amont possible, d'éventuelles difficultés. Sur l'ensemble des compétences de l'article L 6143-7 du CSP, le directoire est concerté.

approuve le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques qui définit la stratégie médicale du CHANGE.

Article 5 – Le directeur

(article L6143-7 Code de la santé publique)

Le directeur général conduit la politique générale du Centre Hospitalier Annecy Genevois. Il est nommé par arrêté du directeur du centre national de gestion. Il conduit la politique générale de l'établissement, représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice en son nom.

Il règle les affaires de l'établissement autre que celles des compétences du conseil de surveillance et autres que celles qui impliquent une concertation avec le directoire. Il participe aux séances du conseil de surveillance et exécute ses délibérations.

Le directeur 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 assure l'ordonnancement des dépenses et l'émission des titres de recette. Il peut déléguer sa signature dans des conditions déterminées par décret.

Par dérogation, le directeur de l'établissement support du groupement exerce ses compétences pour le compte des établissements parties du groupement hospitalier de territoire, pour l'ensemble des activités mentionnées à l'article L 6132-3.

Après concertation avec le directoire, le directeur, (article L 6143-7 du CSP) :

1° Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 ;

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

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

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

5° Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;

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

7° Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 ;

8° Peut proposer au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier de la présente partie ou des réseaux mentionnés à l'article L. 6321-1 ;

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

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

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

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

13° Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;

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

15° Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3 ;

16° Arrête le plan blanc de l'établissement mentionné à l'article L. 3131-7 ;

17° Soumet au conseil de surveillance les prises de participation et les créations de filiale mentionnées à l'article L 6145-7.

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

Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination au sein de l'établissement en ce qui concerne :

- les membres du directoire, à l'exception des membres de droit, après information du conseil de surveillance,
- les chefs de pôles : pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, il nomme les chefs de pôle conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement,
- les chefs de service, conjointement avec le président de la CME et après avis du chef de pôle

Le directeur propose au directeur général du centre national de gestion :

- la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique dans les conditions fixées par voie réglementaire, sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du président de la commission médicale d'établissement.
- la nomination des directeurs-adjoints et des directeurs de soins. La commission administrative paritaire compétente émet un avis sur sa proposition

En application de l'article L 6146-2 du code de la santé publique, le directeur peut, sur proposition des chefs de pôles, après avis du président de la CME, admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral autres que les praticiens statutaires, à participer à l'exercice des missions de service public attribuées au CHANGE ainsi qu'aux activités de soins. Des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent également participer aux activités de l'établissement lorsque les soins sont délivrés au domicile de patients usagers du CHANGE.

Il est tenu un registre des actes et décisions du directeur. Les règles relatives à la motivation des actes administratifs et à l'accès aux documents administratifs s'appliquent à ces actes dans les conditions fixées par la loi. Des lieux sont réservés à l'affichage des décisions du directeur pour l'information des personnes intéressées.

Une astreinte administrative par site (site ANNECY et site SAINT JULIEN EN GENEVOIS) est organisée pour veiller à la bonne marche du service public hospitalier et parer à tout événement qui pourrait en entraver le fonctionnement normal. Elle est assurée par un membre de l'équipe de direction selon un calendrier établi par le directeur.

SECTION 3 – INSTANCES CONSULTATIVES

Article 6 – La Commission Médicale d'Etablissement (CME)

(Article L6144-1 et suivants du Code de la santé publique).

Composition

La commission médicale d'établissement est composée des représentants des personnels médicaux, odontologiques, maïeutiques et pharmaceutiques. Elle comprend :

- L'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques de l'établissement ;
- Des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles ;
- Des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement ;
- Des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement ;
- Des représentants élus des sages-femmes ;
- Des représentants des internes.

Membres avec voix consultative :

- Le président du directoire ou son représentant ;
- Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- Le praticien référent de l'information médicale ;
- Le représentant du comité technique d'établissement, élu en son sein ;
- Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;
- Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur de l'établissement.

Modalités de désignation

En dehors des membres de droit, des représentants des internes et des membres qui assistent avec voix consultative aux réunions de la commission, les sièges sont pourvus pour chaque catégorie de représentants par la voie de l'élection au scrutin secret uninominal majoritaire à deux tours. Il est prévu un suppléant pour chaque siège attribué afin de remplacer le titulaire qui, en cours de mandat, démissionne ou cesse d'appartenir à la catégorie ou discipline qu'il représente.

Nul ne peut être électeur et éligible à plus d'un titre. Pour être élu au premier tour du scrutin, le candidat doit réunir la majorité absolue des suffrages exprimés et un nombre de suffrages au moins égal au tiers du nombre des électeurs inscrits. Si un deuxième tour de scrutin a lieu, l'élection s'effectue à la majorité relative, quel que soit le nombre de votants. Si plusieurs candidats obtiennent un même nombre de suffrages, le plus âgé est déclaré élu.

La durée des mandats est fixée à quatre ans renouvelables.

La convocation ainsi que l'organisation des élections incombent au directeur de l'établissement. Il proclame les résultats et arrête la liste des membres de la commission médicale d'établissement.

Election président de la CME

La commission élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires qui en sont membres.

Ils sont élus au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. La majorité relative suffit au troisième tour. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

Les fonctions de président sont de quatre ans, renouvelable une fois. Ces fonctions sont incompatibles avec la fonction de chef de pôle. Les fonctions de président de la CME prennent fin sur présentation de sa démission au directeur général ou au terme du mandat de la CME qui l'a élu.

Compétences

Attributions générales

Conformément aux articles R 6144-1 et suivants du Code de la santé publique, la commission médicale d'établissement est consultée sur des matières sur lesquelles le comité technique d'établissement est également consulté :

- les projets de délibération du conseil de surveillance : le projet d'établissement, le compte financier et l'affectation des résultats, tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé, le rapport annuel sur l'activité, toute convention intervenant entre le CH Annecy Genevois et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance, les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement, les prises de participation et les créations de filiales,
- les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel,
- le plan de redressement,
- l'organisation interne de l'établissement. (A ce titre, la commission se prononce notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation en pôles de l'établissement,)
- les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants,
- la gestion prévisionnelle des emplois et compétences,
- la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire.

La commission médicale d'établissement est également consultée sur :

- 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 des internes,
- la politique de recrutement des emplois médicaux,
- le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens,
- la mise en œuvre de l'une des actions mentionnées au III de l'article L. 6112-2,
- le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques,
- les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social,
- le règlement intérieur de l'établissement,
- le programme d'investissement concernant les équipements médicaux.

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

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

Attributions dans le domaine de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins

La CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :

- la gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres évènements indésirables liés aux activités du CHANGE ;
- 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 professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique.

Elle contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers à savoir :

- la réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale ;
- l'évaluation de la prise en charge des patients, et en particulier des urgences et admissions non programmées ;
- l'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs ;
- le fonctionnement et la permanence des soins, le cas échéant par secteur d'activité ;
- l'organisation des parcours de soins.

En conséquence, la CME propose, au président du directoire, un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport de la commission des usagers (CDU), le bilan des fiches d'évènements indésirables, les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le CPOM. La CME élabore un bilan annuel de l'évolution des indicateurs de suivi.

Fonctionnement

La CME se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son président qui en fixe l'ordre du jour. Elle est également réunie à la demande soit d'un tiers de ses membres, soit du président du directoire, soit du directeur général de l'ARS sur ordre du jour qu'ils proposent.

Son secrétariat est assuré à la diligence du directeur de l'établissement.

Article 7 – Le Comité technique d'établissement (CTE)

Composition (article R 6144-42 du code de la santé publique)

Le comité technique d'établissement comprend, outre le Directeur ou son représentant, président, 15 membres titulaires représentant le personnel non médical et, en nombre égal, des membres suppléants.

Le nombre des membres du comité technique d'établissement est fixé en fonction de l'effectif en personnels non médicaux de l'établissement.

Le comité technique d'établissement est présidé par le directeur ou son représentant, membre du corps des personnels de direction de l'établissement ; il est composé de représentants du personnel relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires, élus par collèges définis en fonction de catégories déterminées par le législateur sur des listes présentées par les organisations syndicales représentatives au sein de l'établissement pour chaque catégorie de personnel.

Un représentant de la commission médicale d'établissement participe aux réunions du comité technique d'établissement, avec voix consultative.

Compétence (R.6144-40 CSP et décret D2013-842)

Le CTE est obligatoirement consulté sur des matières sur lesquelles la commission médicale d'établissement est également consultée ; ces matières sont les suivantes :

1° Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 ;

2° Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;

3° Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 ;

4° L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 ;

5° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;

6° La gestion prévisionnelle des emplois et compétences ;

7° La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire.

ILe comité technique d'établissement est également consulté sur les matières suivantes :

1° 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 ;

2° La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu ;

3° Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;

4° La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;

5° 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 ;

6° 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 mentionné à l'article L. 6114-1 ainsi que du budget prévu à l'article L. 6145-1 et des décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7.

Fonctionnement (article R 6144-43 et R6144-68 et suivant du code de la santé publique)

La durée du mandat de ses membres est de 4 ans, renouvelable. Elle peut être exceptionnellement réduite ou prorogée, dans un intérêt de service, par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière. Cette réduction ou prorogation ne peut excéder une durée d'un an.

Le CTE. 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. A l'issue de chaque séance, un procès-verbal est dressé qui doit être approuvé à la séance suivante.

Il établit son règlement intérieur.

Article 8 – La Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico Techniques (CSIRMT)

(article R. 6146-10.-I du Code de la santé publique)

Composition

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques se compose du coordonnateur général des soins, membre de droit et de 30 membres (au maximum) élus répartis en trois collèges.

Membres élus : collège des cadres (9 titulaires, 7 suppléants) collège des personnels Infirmiers, de rééducation et médicotechniques (13 titulaires, 12 suppléants) collège des Aides-soignantes /Auxiliaires Puéricultrices (6 titulaires, 6 suppléants), élections du 28 mai 2017.

Collège des cadres de santé

- filière infirmière : 7 titulaires et 7 suppléants
- filière de rééducation : 1 titulaire et 1 suppléant
- filière médicotechnique : 1 titulaire et 1 suppléant

Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médicotechniques

- personnels infirmiers : 11 titulaires et 11 suppléants
- personnels de rééducation : 1 titulaire et 1suppléant
- personnels médicotechnique : 1 titulaire

Collège des aides-soignants(es) et auxiliaires de puériculture : 6 titulaires et 6 suppléants

Membres associés avec voix consultative

- Un représentant de la Commission Médicale d'Etablissement,
- Le directeur des soins de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers,
- Un représentant des étudiants de 3e année désigné par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'institut parmi ceux élus au conseil pédagogique,
- Un élève aide-soignant désigné par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'institut parmi ceux élus au conseil technique,
- Deux coordonnateurs administratifs de pôle,
- Une assistante sociale,
- Un brancardier,
- Un représentant des usagers.

La CSIRMT est présidée par le coordonnateur général des soins.

La durée du mandat des membres élus est de quatre ans, renouvelable.

Elections

Les membres élus de la commission le sont pour chaque catégorie de représentants au scrutin secret uninominal majoritaire à un tour. Les électeurs peuvent se rendre au bureau de vote ou voter par correspondance. Les conditions de vote par correspondance sont communiquées aux électeurs lors de l'envoi du matériel électoral.

Compétences

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques est consultée sur :

- le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques élaboré par le coordonnateur général des soins ;
- l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ainsi que l'accompagnement des patients ;
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;
- les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- la recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ;
- la politique de développement professionnel continu.

Elle est informée sur :

- le règlement intérieur de l'établissement ;
- la mise en place de la procédure prévue à l'article L 6146-2 : participation à l'exercice des missions de service public de professionnels de santé exerçant à titre libéral.
- le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

Fonctionnement

La CSIRMT se réunit au moins trois fois par an sur un ordre du jour fixé par son président. Cette convocation est de droit à la demande du président du directoire, de la moitié de membres de la commission ou du directeur général de l'ARS.

Le président de la commission rend compte, chaque année, de l'activité de la CSIRMT dans un rapport adressé au directoire. Chaque séance de la commission fait l'objet d'un compte rendu adressé au président du directoire et aux membres de la commission dans un délai de quinze jours.

Conformément à l'article R 6146-13 du Code de la santé publique, les règles de fonctionnement de la CSIRMT sont décrites dans le règlement intérieur de la commission annexé au présent règlement intérieur et fixe notamment les modalités de scrutin, dont les conditions du vote par correspondance.

Article 9 – Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) (articles R 4615-1 et suivants du code du travail).

Compétences

Ce comité est chargé d'étudier et de donner des avis sur les problèmes relatifs à l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des personnels.

A cet effet, il contribue à la protection de la santé physique et mentale et à la sécurité des agents de l'établissement et de ceux mis à sa disposition par une entité extérieure. Il participe à l'amélioration de leurs conditions de travail notamment en vue de faciliter l'accès des femmes à tous les emplois et de répondre aux problèmes liés à la maternité ; Il veille à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en ces matières.

A cet effet, le CHSCT peut procéder à des études et à 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.

Fonctionnement

Présidé par le directeur ou son représentant, le CHSCT. se réunit au moins une fois par trimestre. Le compte-rendu de chacune des réunions est consigné dans un registre légal.

Le CHSCT peut mettre en œuvre la procédure d'alerte qui lui est confiée par l'article L 4131-2 du code du travail. Il peut prendre l'initiative d'informer l'employeur dans un registre spécifique sur l'imminence d'un danger menaçant gravement la sécurité des personnels.

Il détermine, dans un règlement intérieur les modalités de son fonctionnement et l'organisation de ses travaux.

9.1. Composition du CHSCT du site d'Annecy

Ce comité, présidé par le directeur du CHANGE est composé de 9 membres délibérants. Parmi les représentants du personnel, est élu le secrétaire du CHSCT.

Participent également aux réunions, avec voix consultative, un représentant de la CME, le médecin du travail, l'ingénieur responsable du secteur travaux et maintenance, le Président du CLIN, le responsable du secteur sécurité et les directeurs des différentes directions fonctionnelles en fonction des sujets inscrits à l'ordre du jour.

L'inspecteur du travail est prévenu de toutes les réunions du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail et peut y assister (L4614-11 code du travail).

9.2. Composition du CHSCT du site de Saint Julien en Genevois

Ce comité, présidé par le directeur du CHANGE est composé de 6 membres délibérants. Parmi les représentants du personnel, est élu le secrétaire du CHSCT.

Participent également aux réunions, avec voix consultative, un représentant de la CME, le médecin du travail, l'ingénieur responsable du secteur travaux et maintenance, le Président du CLIN, le responsable du secteur sécurité, et les directeurs des différentes directions fonctionnelles en fonction des sujets inscrits à l'ordre du jour.

L'inspecteur du travail est prévenu de toutes les réunions du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail et peut y assister (L4614-11 code du travail).

Article 10 – Les Commissions Administratives Paritaires Locales (CAPL.) et la Commission Consultative Paritaire (CCP)

Les CAP sont compétentes à l'égard des personnels non-médicaux titulaires et stagiaires de l'établissement. Elles sont également compétentes à l'égard des agents contractuels de l'établissement.

Composition

Les corps des fonctionnaires des catégories A, B et C relèvent de 10 commissions administratives paritaires distinctes :

- 10 commissions pour les corps de catégorie A
- 3 commissions pour les corps de catégorie B
- 3 commissions pour les corps de catégorie C

Les C.A.P. locales et la C.C.P. comprennent en nombre égal :

- des représentants de l'administration
- des représentants élus par le personnel

Les fonctionnaires d'une catégorie examinent les questions relatives à la situation individuelle et à la discipline des fonctionnaires relevant de la même catégorie, sans distinction de corps, de grade et d'emploi.

Lorsque la CCP siège en matière disciplinaire, seuls les représentants du personnel occupant un emploi de niveau au moins égal à celui de l'agent dont le dossier est examiné, ainsi qu'un nombre égal de représentants de l'administration, sont appelés à délibérer.

Compétences des Commissions administratives paritaires et de la Commission consultative paritaire

A compter du 1er janvier 2021, les attributions des commissions administratives paritaires (CAP) sont recentrées sur l'examen des décisions individuelles défavorables aux agents (refus de titularisation, de temps partiel, sanction disciplinaire, etc.), en application de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique. La Commission Consultative Paritaire (CCP) est compétente pour les questions individuelles relatives aux agents contractuels dans les cas prévus par la réglementation.

Fonctionnement

Les CAP et la CCP se réunissent au moins deux fois par an. La présidence des CAP est assurée par le président du conseil de surveillance ou son représentant. La présidence de la CCP est assurée par le directeur de l'établissement ou son représentant.

Le secrétariat est assuré à la diligence du directeur de l'établissement. Lors de chaque séance, un représentant du personnel est désigné par la CAP ou de la CCP en son sein pour exercer les fonctions de secrétaire adjoint.

Les séances des CAP et de la CCP ne sont pas publiques.

Les CAP et la CCP émettent leur avis à la majorité des suffrages exprimés, sauf lorsqu'elles siègent en matière disciplinaire. Dans ce dernier cas, leur avis est requis à la majorité des membres présents.

S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée ou, à la demande d'au moins un tiers des membres présents, à bulletin secret. En cas de partage des voix, l'avis est réputé avoir été donné.

Lorsque l'autorité investie du pouvoir de nomination prend une décision différente de l'avis ou de la proposition émise par la commission, elle informe dans le délai d'un mois la commission des motifs qui l'ont conduite à ne pas suivre l'avis.

Les membres suppléants peuvent assister aux séances, sans pouvoir prendre part aux débats. Ils siègent avec voix délibérative quand ils remplacent un membre titulaire.

Le fonctionnement des CAP locales et de la CCP fait l'objet d'un règlement intérieur.

Article 11 – La Commission des Usagers (CDU)

Missions

La commission des usagers (CDU) veille au respect des droits des usagers et contribue à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge. Elle facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes. A cet effet, le registre des plaintes et réclamations adressées à l'établissement par les usagers ou leurs proches, ainsi que les réponses apportées sont tenues à la disposition des membres de la commission.

La commission examine celles des plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose. Elle contribue, par ses avis et propositions, à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches.

Elle reçoit toutes les informations nécessaires à ses missions. Elle procède à une appréciation des pratiques concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, fondée sur l'analyse des motifs des plaintes, des réclamations et des témoignages de satisfaction, ainsi que des suites qui leur ont été données.

Elle est consultée sur la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil et la prise en charge.

Elle recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le conseil de surveillance dans ce domaine et évalue l'impact de leur mise en œuvre. Elle formule également des recommandations.

Elle peut proposer un projet des usagers.

La commission rend compte de ses analyses dans un rapport annuel communiqué au conseil de surveillance de l'établissement, après avis de la CME, du CTE et de la CSIRMT. Ce rapport est également transmis à l'agence régionale de santé qui en fait la synthèse et le communique, pour examen, à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA). Celle-ci l'analyse pour l'élaboration de son propre rapport annuel sur le respect des droits des usagers, transmis à son tour la Conférence nationale de santé.

Composition

Au CHANGE la composition de la commission est la suivante :

Composition restreinte pour l'examen des plaintes et réclamations

- Le directeur ou son représentant, président,
- Le médiateur médical et son suppléant sont désignés par le directeur parmi les médecins exerçant dans l'établissement ou ayant cessé d'y exercer la médecine ou des fonctions de médiateur depuis moins de cinq ans,
- Le médiateur non médical et son suppléant sont désignés par le directeur parmi le personnel non médecin exerçant dans l'établissement,
- Deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur de l'agence régionale de santé.

Composition élargie pour la mission qualité

- le président de la commission médicale d'établissement ou son représentant et son suppléant,
- Le coordonnateur général des soins,
- un représentant de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques et son suppléant, désignés par le coordonnateur général des soins,
- un représentant du personnel et son suppléant, choisis parmi les membres du comité technique d'établissement en son sein,
- Un membre désigné par le conseil départemental de l'ordre des médecins en son sein.

Le responsable qualité assiste avec voix consultative aux séances de la commission qui peut également entendre toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour.

La commission siège en assemblée restreinte pour l'examen individuel des plaintes qui lui sont transmises. Elle est alors composée uniquement des membres titulaires.

Fonctionnement

La commission se réunit au moins une fois par trimestre et chaque fois que nécessaire, sur convocation de son président ou à la demande d'au moins la moitié de ses membres ayant voix délibérative. Le secrétariat est assuré à la diligence du directeur.

La Commission établit son règlement intérieur.

Article 12 - Composition nominative des comités, commissions et sous commissions consultatives

La composition nominative des comités et commissions susvisés fait l'objet d'une décision du directeur.

Article 13 - Dispositions générales applicables aux réunions des instances décisionnaires et consultatives

L'ensemble des instances décisionnaires et consultatives peuvent décider de recourir à divers outils permettant de faciliter leur mode de fonctionnement et l'organisation des séances. A ce titre le recours à des enregistrements audio ou à des outils de visioconférence est autorisé.

Dans le cadre de l'usage de ces outils, il est précisé que leur seule finalité est de faciliter la tenue et/ou la rédaction des comptes rendus de séance. La base légale de ce traitement est l'intérêt légitime du CHANGE et s'agissant d'enregistrement des séances le consentement des personnes participantes.

A l'issue de la publication écrite des comptes rendus et de leur approbation, les enregistrements ne sont pas conservés. Seuls les personnels du CHANGE en charge de rédiger les comptes rendus ont accès à ces derniers, sauf tiers autorisé le cas échéant.

Conformément au Règlement sur la Protection des données (Règlement UE 2016/679), chaque membre dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement et de limitation selon les dispositions règlementaires, ainsi que du droit de retirer son consentement. Ces droits peuvent être exercées auprès du secrétaire de séance. En cas de difficulté dans l'exercice de leurs droits, Les membres peuvent également contacter le Délégué à la Protection des données du CHANGE : dpo@ch-annecygenevois.fr. Les membres disposent également du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. »

SECTION 4 – ORGANISATION INTERNE DES ACTIVITES

Article 14 – Les pôles d'activités et les structures internes

Le directeur et le président de la commission médicale d'établissement définissent conjointement l'organisation de l'établissement en pôles d'activité, conformément au projet médical d'établissement.

Les pôles d'activité sont composés, d'une part, de services, de départements et d'unités fonctionnelles ou de toutes autres structures de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que, d'autre part, des services, unités, départements ou structures médico-techniques qui leur sont associés

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

Conformément à la circulaire DG 2019/DG/22 du 1er mai 2019, les pôles d'activité sont les suivants :

- Urgences
- Anesthésie-Chirurgie
- Médecine
- Médicotechnique
- Gériatrie
- Santé mentale
- Santé publique et communautaire
- Femme – Mère – Enfants
- Cancérologie
- Cardiovasculaire
- Soins critiques

Nomination des chefs de pôle

Chaque pôle clinique et médicotechnique est placé sous la responsabilité d'un chef de pôle nommé conjointement par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement.

La durée du mandat des chefs de pôles est fixée à 4 ans, renouvelable. La procédure de renouvellement est identique à celle de nomination.

La fin du mandat de chef de pôle intervient à l'issue de la période de quatre années susmentionnées. Il peut être mis fin à la fonction du chef de pôle, dans l'intérêt du service, par décision conjointe du directeur et du président de la CME pour les chefs de pôles d'activité clinique ou médicotechnique.

Missions et fonction des chefs de pôle

Les compétences du chef de pôle sont définies par les textes législatifs et réglementaires.

Il met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle.

Il organise avec les équipes médicales et soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a une autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité. Pour cela, il tient compte des objectifs prévisionnels du pôle. Il agit

dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services, unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle.

Il exerce un rôle dans les domaines précisés dans le contrat de pôle.

Il intervient dans la gestion des personnels médicaux en ce qui concerne la nomination et l'admission de médecins et sages-femmes libéraux.

Il a pour mission d'organiser une concertation interne au sein du pôle, et associe pour cela toutes les catégories de personnel. Il favorise la concertation interne entre les services, les départements, les unités et les structures qui composent le pôle.

Il bénéficie d'une délégation de signature que lui confie le directeur dans le cadre du contrat de pôle afin d'engager des dépenses dans les domaines expressément prévus par la réglementation.

Le chef de pôle peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur de l'établissement. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.

Le contrat de pôle

Après concertation avec le directoire, le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, et les moyens qui sont assignés au pôle après avis du président de la CME qui vérifie la cohérence du contrat avec le projet médical. Pour les pôles d'activité clinique et médico-technique, le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'établissement signent conjointement le contrat.

Conclu pour 4 ans, le contrat défini les objectifs et fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation des objectifs.

Le contrat précise les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion.

Le chef de service est notamment associé par le chef de pôle à la mise en œuvre de la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Le chef de pôle peut déléguer sa signature au chef de service pour la mise en œuvre du contrat de pôle

Le projet de pôle

Le projet de pôle est élaboré par le chef de pôle de manière participative avec l'encadrement médical et non médical des structures internes, services et unités fonctionnelles médicales. Il définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux structures internes, et, le cas échéant, aux unités fonctionnelles médicales, et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.

Il est cohérent avec le projet de soins et de prise en charge des patients, le projet médical et le projet d'établissement.

Nomination et fonction des responsables de structure interne, services ou unités fonctionnelles des pôles d'activité

Les chefs de service des pôles cliniques et médicotechniques sont nommés conjointement par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement, après avis du chef de pôle.

Les autres responsables de structure interne ou unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique ou médico-technique sont nommés par le directeur sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, après avis du chef de pôle.

Ils sont nommés pour une période de quatre ans renouvelable. Le directeur propose à ces responsables une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions.

Le champ d'intervention des responsables de structure interne, services ou unités fonctionnelles s'exerce, en relation avec les chefs de pôle, notamment dans les champs définis par l'article R. 6146-9-2 du Code de la santé publique.

Article 15 – L'organisation des soins dans les structures internes

Personnel médical et continuité du service

Afin de garantir le fonctionnement continu du service hospitalier, les membres du personnel médical (praticiens hospitaliers, assistants, praticiens attachés et contractuels) de l'hôpital, dans toutes les disciplines, ainsi que les personnels accomplissant le troisième cycle de leurs études médicales ou pharmaceutiques, assurent :

- les services quotidiens du lundi au samedi matin inclus (examens et soins des malades hospitalisés, services de soins et consultations des malades externes, analyses de laboratoire et examens radiologiques, préparation et dispensation des médicaments et produits de soins)
- la participation au service des samedis après-midi, dimanches et jours fériés, au service des gardes de nuit. Le service de garde médicale a pour objet d'assurer, pendant chaque nuit et la journée du dimanche ou des jours fériés, la sécurité des malades hospitalisés ou, le cas échéant, admis en urgence et la permanence des soins excédant la compétence des auxiliaires médicaux ou des internes. Le directeur établit les tableaux mensuels nominatifs de participation au service de garde.
- les remplacements imposés par les congés.

Ils sont tenus de répondre aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors de l'horaire normal du tableau de service, conformément au plan d'accueil des malades et blessés en urgence de l'établissement.

Internes

L'interne en médecine exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève.

L'interne en médecine spécialisée (option biologie médicale) participe, en outre, à l'étude du métabolisme des substances médicamenteuses et toxiques, ainsi qu'à l'élaboration et à la validation des analyses biologiques concourant à la prévention, au diagnostic et à la surveillance des traitements.

Etudiants hospitaliers

Ces étudiants participent à l'activité hospitalière sous l'autorité et la responsabilité du personnel médical et pharmaceutique et sous la supervision des internes. Ils sont soumis à la réglementation déontologique et éthique de la profession médicale au cours des formations hospitalières qu'ils exécutent.

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

Sages-femmes

Les sages-femmes sont responsables, au sein du service de gynécologie-obstétrique dont elles relèvent, de la dispensation des soins et des actes obstétricaux relevant de leur compétence.

Personnels paramédicaux des structures internes

La coordination des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques est confiée à un directeur coordinateur général des soins, assisté d'un directeur des soins, nommés par le directeur. Dans chaque structure interne, un cadre de santé assure la coordination, l'organisation et la mise en œuvre des soins ou des examens et/ou des explorations.

L'ensemble des professionnels hospitaliers concourent à l'accueil et à la prise en charge des patients.

Les personnels qualifiés (infirmiers diplômés d'Etat, manipulateurs de radiologie, kinésithérapeutes, etc.) accomplissent les soins relationnels, techniques et/ou les examens et/ou les explorations ainsi que tous les soins nécessaires au confort du malade. Ils sont assistés dans ces tâches par d'autres professionnels (aides-soignants, auxiliaires de puériculture, aides manipulateurs de radiologie) qui participent aux soins d'hygiène et de confort de la personne soignée.

Les agents des services hospitaliers (ASH) accomplissent les tâches hôtelières, logistiques et d'entretien.

SECTION 5 – POLITIQUE QUALITE ET GESTION DES RISQUES (Q-GDR)

La politique Q-GDR couvre l'ensemble des activités de l'établissement. Elle se traduit par un programme et des plans d'actions déclinés sur tous les pôles cliniques et médico technique ainsi que les secteurs administratifs. Un outil informatique, accessible par tous, a été déployé afin d'en assurer le suivi avec les acteurs concernés.

Article 16 – Les acteurs du management de la qualité

Après concertation avec le directoire, le directeur décide, conjointement avec le président de la CME, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, de la gestion des risques visant à prévenir et à traiter les évènements indésirables liés à leurs activités ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

La CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. La CDU et la CSIRMT contribuent à l'élaboration de ce programme d'actions.

La coordination de la démarche sur l'ensemble du CHANGE est assurée par la Direction des Usagers de la Qualité et de l'Expérience Patient (DUQEP). La gestion opérationnelle est confiée à l'équipe opérationnelle qualité-gestion des risques.

Le pilotage de la démarche est assuré de manière transversale par un comité de pilotage stratégique. Il assure l'articulation entre le projet qualité-gestion des risques et le projet d'Etablissement, sa déclinaison dans le plan de travail institutionnel, ainsi que le suivi de la démarche de certification. Il contribue à la promotion de la gestion des risques a priori par le soutien du déploiement des analyses préliminaires des risques.

Pour la démarche de certification, un comité de pilotage spécifique est institué, dont les missions sont plus précisément axées sur le plan d'actions à mettre en place, issu de l'auto-évaluation.

La démarche Q-GDR est déployée au niveau des unités et directions fonctionnelles, les pôles interviennent dans le cadre du suivi des objectifs et indicateurs.

Les responsables et correspondants des vigilances réglementaires et non réglementaires sont associés à la démarche Q-GDR pour les domaines qui les concernent, et contribuent à l'analyse des événements indésirables de l'établissement.

Article 17 – L'amélioration continue de la qualité

La rédaction des documents est menée par des groupes de travail selon la procédure de gestion documentaire. Les pratiques des professionnels se conforment aux référentiels de bonnes pratiques et au cadre réglementaire.

Afin de s'assurer du bon suivi du système qualité et connaître son impact sur l'ensemble de l'établissement, des évaluations sont réalisées. Dans le cadre de la gestion des risques, l'évaluation des non conformités est réalisée grâce au recueil des incidents au moyen de la fiche d'incidents et d'évènements indésirables. Des Comités de Retours d'Expérience (CREX) sont organisés lorsque l'évènement a ou aurait pu perturber le processus de soins avec impact significatif pour la santé du patient. Cette démarche associe collecte d'informations, analyse approfondie, actions d'amélioration, partage et communication des enseignements retirés. Les actions d'amélioration identifiées sont tracées et suivies dans le PAQSS.

Article 18 – La certification

La certification des établissements de santé est une démarche conduite par la Haute Autorité de Santé (HAS), organisme indépendant du ministère de la santé, ayant pour objectif de concourir à l'amélioration de la prise en charge des patients dans les établissements publics et privés de santé sur l'ensemble du territoire français.

Elle consiste en une auto-évaluation suivie d'une visite réalisée par des experts-visiteurs, professionnels de santé extérieurs à l'établissement, et intègre un dispositif de suivi qui vise à engager la structure contrôlée et ses acteurs dans une dynamique qualité durable.

La prise en charge satisfaisante du patient implique l'action coordonnée de tous les services cliniques, médicotechniques, logistiques et administratifs. Dans cette logique, l'évaluation porte sur l'ensemble du fonctionnement de l'établissement. Le CHANGE se conforme aux exigences d'auto-évaluation et de contrôle fixées par la Haute Autorité de Santé (HAS). La démarche qualité interne à l'établissement a notamment pour objectif de répondre aux attentes de la HAS en termes de qualité et de sécurité des soins.

SECTION 6 – POLITIQUE DE SECURITE DES SYSTEMES D'INFORMATION

Une politique de sécurité des systèmes d'information est définie pour le périmètre du GHT. Par conséquent elle concerne en premier lieu le CHANGE. Elle définit la structure de gouvernance de la sécurité des systèmes d'information, rappelle les enjeux et objectifs de sécurité et référence l'ensemble des processus, politiques techniques de sécurité, documents et procédures qui contribuent à la gestion de la sécurité des systèmes d'information ou à la définition des exigences de sécurité.

Le document principal de la politique de sécurité des systèmes d'information est accessible et consultable par tous les agents.

Article 19 – Les acteurs du management de la sécurité des systèmes d'information

Le directeur général est l'autorité qualifiée pour la sécurité des systèmes d'information.

Le pilotage de la démarche est assuré de manière transversale par un comité de pilotage de la Sécurité des Systèmes d'Information, constitué du directeur général, du directeur général adjoint, du président de la commission médicale d'établissement, du directeur des systèmes d'information et du responsable de la sécurité des systèmes d'information.

Après concertation du comité de pilotage, le directeur décide de la politique d'amélioration continue de la sécurité des systèmes d'information, du plan de traitement des risques liés aux systèmes d'information et met en œuvre les moyens nécessaires.

La coordination de la démarche sur l'ensemble du CHANGE est assurée par le Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information.

SECTION 7 – DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

SOUS-SECTION 1 – Règles fondées sur le respect des malades

Article 20 – Devoir d'information du public

Les personnels hospitaliers répondent aux demandes d'information des usagers dans les respects des règles énoncées dans les articles suivants.

Article 21 – Secret professionnel

Institué dans l'intérêt des patients, qui ont droit au respect de leur vie privée et du secret des informations les concernant, le secret professionnel s'impose à tous, étant précisé que les informations concernant une personne prise en charge par une équipe de soins dans un établissement hospitalier sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Le secret professionnel ne s'applique pas dans les cas de révélation obligatoire prévus par les lois et règlements :

- naissance – article 55 et suivants du code civil
- décès – article 80 du code civil
- certaines maladies contagieuses – article L. 3113-1 du code de la santé publique
- accident du travail – article L. 441-6 du code de la sécurité sociale
- maladies professionnelles – article L. 461-5 et 6 du code la sécurité sociale
- maladies mentales nécessitant une hospitalisation sous contrainte – article L. 3212-1 et L. 3213-1 du code de la santé publique
- surveillance sanitaire des enfants en bas âge – article L. 2132-2 du code de la santé publique
- interruption d'une cure de désintoxication d'un malade traité dans le cadre d'une injonction thérapeutique – article L. 3413-2 du code de la santé publique

Le médecin peut s'affranchir également de son obligation de secret médical dans les cas suivants d'infractions pénales :

- Privations ou sévices laissant supposer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques ont été commises. L'accord de la victime est nécessaire avant de communiquer l'information au procureur de la République sauf si la victime est mineure ou incapable de se protéger.
- Violence conjugale si la vie de la victime est en danger immédiat et qu'elle ne peut pas se protéger. Le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime. Si la victime maintient son refus, le professionnel de santé doit l'informer qu'il signale les faits au procureur de la République.
- Pour informer les autorités judiciaires, médicales et administratives, de sévices ou privations infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ;
- La production en justice de certificats médicaux établis à son endroit et à sa demande ;

S'il estime ne pas devoir révéler des sévices ou privations dont il a eu connaissance, le médecin doit alors prendre toute mesure pour en limiter les effets et en empêcher le renouvellement.

En outre, pour rapporter la preuve d'une infraction ou l'implication de la personne poursuivie, les officiers de police judiciaire (OPJ) peuvent sur autorisation et sous le contrôle du procureur de la République ou sur commission rogatoire du juge d'instruction, procéder à un certain nombre d'investigations. Ils peuvent alors requérir le concours des médecins.

Il peut s'agir d'une réquisition pour examens techniques ou scientifiques (garde à vue...), dans ce cas, et sous peine d'amende, le médecin est tenu de déférer à la réquisition. Il remet son rapport à l'autorité requérante. Il peut néanmoins récuser son concours en cas d'inaptitude physique, technique ou lorsqu'il est le médecin traitant de la personne à examiner.

En leur qualité d'autorité constituée, les cadres de direction du site et les médecins responsables de structures – à charge pour ces derniers d'en informer le directeur général – doivent porter à la connaissance des autorités judiciaires les crimes et délits dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions.

Article 22 – Obligation de discrétion professionnelle

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les personnels de l'hôpital sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle sur tous les faits et informations dont ils ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions. Le secret couvre tout ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris. En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les personnels ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent. Ces dispositions s'appliquent notamment à l'égard des journalistes, agents d'assurance et démarcheurs.

Article 23 – Devoir général de réserve, respect de la liberté de conscience et d'opinion

Tout agent doit faire preuve de réserve et de mesure dans l'expression écrite et orale de ses opinions personnelles.

Cette obligation ne concerne pas le contenu des opinions (la liberté d'opinion est reconnue aux agents publics), mais leur mode d'expression.

L'obligation de réserve s'applique pendant et en dehors du temps de service.

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

Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les patients ou leurs familles. Aucune marque extérieure d'appartenance religieuse ou politique n'est acceptée sur les lieux de travail.

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

Article 24 – Respect du confort des malades

Les personnels s'efforcent, sans distinction de grade ou de fonctions, d'assurer au mieux le confort physique et moral des patients, dont ils ont la charge. D'une manière générale, ils prennent toutes dispositions, pour contribuer personnellement au climat de sécurité et de calme indispensable au sein des locaux hospitaliers. Par son comportement, chaque membre du personnel participe à la lutte contre le bruit (tout particulièrement la nuit) dans les services de soins.

Le soulagement de la souffrance des patients doit être une préoccupation constante de tous les personnels.

Article 25 – Exigence d'une tenue correcte

La tenue est un élément du respect dû aux malades. Une tenue correcte, tant dans l'habillement que dans le langage, est exigée de l'ensemble des personnes travaillant à l'hôpital.

Article 26 – Identification vis-à-vis des interlocuteurs

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

L'identification de la qualité de chaque professionnel s'effectue aussi par le port des tenues fournies par l'établissement qui sont adaptées aux emplois et secteurs d'activité.

Article 27 – Accueil et respect du libre choix des familles

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

Sous peine de sanctions, le libre choix des familles est rigoureusement respecté lorsque celles-ci désirent faire appel à une entreprise de transport sanitaire ou à un opérateur funéraire : les listes des entreprises agréées par la préfecture leur sont communiquées.

De même, les personnels de l'hôpital s'abstiennent de servir d'intermédiaire pour des associations ou entreprises proposant la mise à disposition de produits de santé.

Article 28 - Respect des règles relatives à la protection des données à caractère personnel

Chaque agent doit se conformer aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (Loi n°78-17) et au Règlement général sur la protection des données du 27 avril 2016 (Règlement UE 676/2016 – RGPD).

Il est par conséquent interdit aux professionnels du CHANGE :

- de réaliser des traitements de données personnelles illégitimes ou illicite (données relatives aux convictions religieuses ou politiques des patients, à leur origine ethnique ou à leur orientation sexuelle) ;

- d'utiliser des données auxquelles ils peuvent accéder à des fins autres que celles prévues par leurs attributions ;

- de divulguer ces données à des personnes autres que celles dûment autorisées, en raison de leurs fonctions, à en recevoir communication ;

- de faire une copie de ces données sauf à ce que cela soit nécessaire à l'exécution de leurs fonctions.

Les professionnels du CHANGE doivent :

-prendre toutes les mesures conformes aux usages et à l'état de l'art dans le cadre de leurs attributions afin d'éviter l'utilisation détournée ou frauduleuse de ces données ;

- prendre toutes précautions conformes aux usages et à l'état de l'art pour préserver la sécurité physique et logique de ces données et à ce titre se conformer à la Charte d'usage du Système d'information annexée ;

- s'assurer, dans la limite de leurs attributions, que seuls des moyens de communication mis à disposition par l'établissement et sécurisés seront utilisés pour transférer ces données ;

- signaler au délégué à la protection des données (dpo@ch-annecygenevois.fr) et au service informatique interne toute violation ou tentative de violation suspectée notamment de son compte informatique et de manière générale tout dysfonctionnement relatif à l'usage des données à caractère personnel.

Il est porté à la connaissance des agents que toute violation des présentes dispositions les exposent à des sanctions disciplinaires et pénales conformément à la réglementation en vigueur, notamment au regard des articles 226-16 à 226-24 du code pénal.

Article 29 – Obligation de déposer les biens confiés par les malades ou trouvés dans l'hôpital

Aucun agent hospitalier ne doit conserver par-devers lui des objets, documents ou valeurs qui lui seraient confiés exceptionnellement par des patients.

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

SOUS-SECTION 2 – Autres règles de comportement professionnel

Article 30 – Obligation de désintéressement - obligation de déclaration d'intérêts

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

S'ils ont un intérêt direct ou indirect dans le fonctionnement d'une telle entreprise, ils doivent en informer l'administration pour lui permettre de gérer le risque de conflits d'intérêts, dès lors qu'ils participent au sein de l'hôpital à des activités susceptibles de les mettre en relation directe ou indirecte avec cette entreprise.

Ils procèdent à cette information en remplissant l'imprimé adéquat.

Sont applicables dans ce domaine des sanctions disciplinaires et pénales.

Article 31 – Interdiction d'exercer une activité privée lucrative

Les personnels de l'hôpital sont tenus de se consacrer uniquement à leurs fonctions. Il leur est interdit d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative, de quelque nature que ce soit.

Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par la réglementation générale sur le cumul d'activités ainsi que sur l'activité libérale des praticiens temps plein.

Article 32 – Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces

Il est interdit aux personnels de l'établissement de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces, lorsque ceux-ci sont obtenus auprès d'entreprises assurant les prestations, produisant ou commercialisant les produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale.
Cette interdiction générale ne concerne pas les activités de recherche ou d'évaluation scientifique, dès lors que ces avantages matériels restent accessoires par rapport à l'objet scientifique et professionnel et qu'ils ne sont pas étendus à des personnes autres que les professionnels directement concernés.

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

Article 33 – Exécution des instructions reçues

Tout agent de l'hôpital, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il a l'obligation de se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public.

Il n'est dégagé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés.

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

Article 34 – Assiduité et ponctualité

Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions au sein de l'hôpital avec assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement du service public hospitalier. Il respecte ses horaires de travail établis en application des dispositions fixées au niveau national.

Article 35 – Information du supérieur hiérarchique

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

Article 36 - Utilisation des véhicules

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

Les amendes liées à cette utilisation sont à la charge du conducteur du véhicule.

Article 37 – Utilisation de la navette inter-sites

Une navette reliant les sites d'Annecy et de Saint-Julien est à disposition des professionnels du CHANGE. Ces derniers y ont accès sur présentation de leur carte professionnelle au conducteur du véhicule. Ils ne peuvent l'utiliser que pour des motifs professionnels. Les arrêts de la navette se situent respectivement sur le parvis de l'hôpital à Annecy et sur le parking réservé aux professionnels à Saint-Julien. Les horaires de la navette sont disponibles sur l'intranet de l'hôpital.

Si le nombre de places dans la dernière navette au départ de chaque site est insuffisant, ou dans le cas exceptionnel d'un dépassement d'horaires lié à une prise en charge urgente, les professionnels peuvent se rendre à l'accueil qui se chargera de leur affréter un taxi. Au-delà des horaires de fermeture de l'accueil, les professionnels peuvent contacter directement le standard de l'établissement, respectivement au 04.50.49.65.65 pour Saint-Julien et au 04.50.49.63 .63 pour Annecy.

Article 38 – Obligation de signalement des incidents ou risques

Tout agent qui a connaissance d'un effet indésirable grave ou inattendu, d'un incident ou d'un risque incident lié à l'utilisation d'un médicament, d'un produit sanguin labile ou d'un dispositif médical est tenu d'en alerter immédiatement le correspondant local assurant au sein de l'hôpital la vigilance sanitaire pour la catégorie de produits concernée (pharmacovigilance, de matériovigilance, d'hémovigilance, de biovigilance, de réactovigilance).

Tout agent qui a connaissance d'un événement indésirable est tenu de le signaler. Il adresse son signalement, selon les procédures définies et en l'absence de toute autre procédure de signalement spécifique à l'événement déclaré, à l'attention de la cellule locale de gestion des risques.

Tout agent qui a connaissance d'un incident avéré ou qui suspecte un incident lié à la sécurité des systèmes d'information est tenu d'en alerter immédiatement le correspondant local ou le service informatique, conformément aux procédures définies dans le cadre de la politique de sécurité des systèmes d'information.

Article 39 – Témoignage en justice ou auprès de la police

Lorsqu'ils sont appelés à témoigner en justice ou auprès des autorités de police ou gendarmerie sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service ou la prise en charge d'un patient, les personnels préviennent leur encadrement et la responsable des affaires juridiques et l'informent des suites à l'issue de l'audition.

Article 40 – Bon usage des biens de l'hôpital

Les membres du personnel veillent à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à leur disposition par l'hôpital. Ce dernier est amené à exiger un remboursement en cas de dégradation volontaire ou d'incurie caractérisée.

Article 41 – Bonne utilisation du système d'information

Chaque agent doit utiliser le système d'information conformément à la charte annexée au présent règlement.

Article 42 – Respect des règles d'hygiène et de sécurité

Les personnels de l'hôpital observent strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service. Ils doivent notamment à cet effet porter en présence des patients les tenues fournies par l'établissement.

Ils ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer l'hygiène et la sécurité générale de l'établissement et de ses usagers ; ils se soumettent aux mesures de surveillance de leur état de santé et de prévention des risques professionnels qui sont organisées sur les lieux de travail en fonction de leur emploi (visite médicale périodique, examens spéciaux pour les professionnels affectés dans des secteurs à risque particulier, mesures spécifiques à certains postes de travail telles que tests d'alcoolémie pour les conducteurs de véhicules).

Les personnels du CHANGE se conforment également aux règles d'hygiène spécialement définies en vue de prévenir et limiter les effets d'une crise sanitaire (pandémie, épidémie, etc.). Ces règles sont arrêtées par le directeur de l'établissement conformément aux recommandations sanitaires. Elles peuvent notamment inclure le port du masque en toutes circonstances.

Un membre du personnel peut se retirer d'une situation de travail présentant à son avis un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé sous réserve de ne pas créer pour autrui une nouvelle situation de risque grave et imminent et d'en informer la direction du CHANGE. Le chef de service et le CHSCT en sont également informés.

Article 43 – Interdiction des produits psychoactifs

Il est interdit au personnel du CHANGE d'introduire, de distribuer ou de consommer de l'alcool ou des produits psychoactifs, notamment des stupéfiants, au sein de l'établissement.

Certaines boissons (article R.4228-20 du code du travail) comme le vin ou la bière pourront éventuellement être distribuées et consommées de manière modérée dans l'enceinte des restaurants du personnel, et lors de réunions autorisées par la direction. Tout pot ou moment de convivialité doit en effet avoir reçu une autorisation préalable du directeur d'établissement mentionnant l'horaire et le lieu de l'évènement.

En cas d'état manifestement incompatible avec la prise de poste, un agent peut être invité à passer un contrôle par éthylotest ou un dépistage salivaire. L'agent contrôlé peut désigner s'il le souhaite, un tiers qui sera présent lors du contrôle. Il peut également solliciter une contre-expertise.

En cas de refus de dépistage ou de test positif, l'agent peut faire l'objet d'une mise à pied conservatoire, et par la suite de sanctions disciplinaires.

Article 44 – Respect des règles de fixation et diffusion de l'image d'autrui

Les personnels du CHANGE ont l'interdiction absolue de capter l'image de patients, de visiteurs ou de collègues, identifiables par des traits ou signes distinctifs, sans l'autorisation expresse de la personne concernée ou de son représentant légal.

Par exception, le consentement des personnes photographiées ou filmées n'est pas requis lorsqu'il s'agit d'illustrer un sujet d'actualité, un thème général ou un sujet historique ; lorsque l'image n'est pas centrée sur la personne ; lorsque l'individu n'est pas identifiable.

La diffusion des images ou vidéos captées doit elle aussi faire l'objet d'une autorisation expresse, libre et éclairée de la personne concernée, quel que soit le support de diffusion (site internet, blog, forum de discussion, messagerie…). La personne peut déterminer l'usage de son image, en choisissant le mode de diffusion ainsi que la publicité ou non de la diffusion.

La captation et la diffusion de l'image d'une personne sans son accord est susceptible d'engager la responsabilité civile ou pénale de la personne ayant capté ou diffusé l'image.

Article 45 – Restaurant du personnel

Un règlement intérieur particulier, annexé au présent règlement, indique les heures d'ouverture, les modalités d'accès et de paiement, les cas de gratuité au sein du restaurant du personnel.

Article 46 – Utilisation des cartes professionnelles

Elles sont strictement personnelles et servent :

- au pointage du temps de travail
- d'accès au parking
- d'accès aux bâtiments par les pénétrantes, aux vestiaires, aux montes-malades, aux ascenseurs publics et, en particulier la nuit, à certains locaux spécifiques.
- de moyen de paiement au self.

En cas de perte de sa carte, le professionnel doit le déclarer au PC sécurité.

Un projet de carte professionnelle unique multifonction est en cours de déploiement. Cette carte permettra, en plus des accès mentionnés ci-dessus, d'accéder aux systèmes d'information de l'établissement, selon les droits ouverts aux professionnels.

Article 47 – Activités de vente de produits par les agents sur leur lieu de travail

Sauf dérogation expresse motivée, les agents de l'établissement ne sont pas autorisés à pratiquer des activités de vente de produits ou de service durant leurs heures de service au sein de l'établissement.

SECTION 8 – DISPOSITIONS RELATIVES A LA SECURITE

SOUS-SECTION 1 – Règles et dispositif de sécurité générale

Article 48 – Nature et opposabilité des règles de sécurité

Nature des règles de sécurité

Les règles de sécurité générale visent à assurer le calme et la tranquillité des usagers ainsi que la protection des personnes et des biens contre les risques d'origine accidentelle ou intentionnelle. Elles visent également à protéger les personnels et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement. Elles doivent être en permanence proportionnées aux besoins de l'hôpital en fonction des circonstances.

En tant que responsable de la conduite générale de l'hôpital, le directeur édicte, par voie de circulaires internes, des recommandations générales ou de consignes particulières prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service, dans le respect des lois, des règlements et des principes généraux du droit.

Le directeur veille, en tant que responsable du bon fonctionnement de l'hôpital, au respect des règles de sécurité du fonctionnement de l'hôpital et coordonne leur mise en œuvre. Ces règles visent à éviter et pallier les conséquences des accidents dus à des défaillances techniques, humaines ou à des facteurs naturels.

Opposabilité des règles de sécurité

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

Article 49 – Accès à l'hôpital

L'accès dans l'enceinte de l'hôpital est réservé à ses usagers, leurs accompagnants, leurs visiteurs et à ceux qui y sont appelés en raison de leurs fonctions.

Les conditions matérielles de l'accès de ces diverses catégories de personnes sont organisées par le directeur qui, le cas échéant, peut prendre dans l'intérêt général et en application de son pouvoir de police administrative, les mesures restrictives qui lui paraissent nécessaires. Des aménagements sont réalisés pour l'accueil des personnes à mobilité réduite.

Le directeur ordonne la reconduite des tiers dont la présence au sein de l'hôpital n'est pas justifiée.

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

Sauf besoins de service ou autorisations spéciales, il est interdit d'introduire à l'hôpital animaux, alcool, armes, explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi. L'introduction d'animaux domestiques dans l'enceinte de l'hôpital ne fait pas obstacle à ce que des chiens accompagnant des personnes titulaires d'une carte d'invalidité pour cécité soient autorisés au sein de l'hôpital, conformément aux dispositions de la loi du 27 janvier 1993.

Les objets et produits dangereux ou prohibés par la loi doivent être déposés auprès de l'administration hospitalière. Les objets et produits prohibés par la loi ainsi déposés sont remis aux autorités de police ou de gendarmerie, contre récépissé.

A l'intérieur du bâtiment l'utilisation de cycles de types :

- Trottinette
- Bicyclette
- Monocycle
- Hoverboard,

avec ou sans moteur, est formellement interdite **en tous points du bâtiment** y compris dans les galeries de liaison entre le CTL et le bâtiment de soins.

Seuls certains agents des sociétés extérieures de maintenance peuvent être expressément autorisés à des fins professionnelles sur certains secteurs. Ces autorisations sont motivées par des raisons de rapidité d'intervention et de charges à transporter. Elles sont délivrées par le Directeur Général après concertation avec le Directeur fonctionnel.

Il est impératif de respecter le balisage piétons matérialisé au sol dans la galerie logistique du niveau 1.

Il est strictement interdit d'emprunter la zone de circulation réservées au Transport Automatisé Lourd (TAL ou « Tortues »).

Il est strictement interdit de toucher ou monter sur les tortues, ce qui pourrait les endommager compte tenu des pièces électroniques qu'elles contiennent.

Le non-respect de ces points du règlement expose le contrevenant à des sanctions administratives.

Article 50 – Calme et tranquillité au sein de l'hôpital

Tout accompagnant ou visiteur qui, en ne respectant pas les dispositions du présent règlement intérieur crée une nuisance au sein de l'hôpital, est invité à mettre un terme à ce trouble. S'il persiste, il peut lui être enjoint de quitter l'hôpital. Si nécessaire, il peut être accompagné à la sortie de l'hôpital. En cas de refus caractérisé, il peut être fait appel, à l'intervention de la police ou de la gendarmerie.

Article 51 – Téléphones portables

Dans certains locaux spécifiques, une signalétique indique que les téléphones portables doivent être maintenus sur la position « arrêt ».

Pour les agents, l'utilisation du téléphone portable personnel n'est pas autorisée sur le temps de travail, hors temps de pause.

Article 52 – Personnels de sécurité générale et de sécurité incendie

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

Leurs possibilités d'intervention sur les personnes sont limitées aux cas suivants :

- obligation d'assistance aux personnes en péril (art.223-6 du code pénal)
- crime ou délit flagrant (art.53 du code de procédure pénale : « est qualifié de crime ou délit flagrant, le crime ou le délit qui se commet actuellement ou qui vient de se commettre. Il y a aussi crime ou délit flagrant lorsque, dans un temps très voisin de l'action, la personne soupçonnée est poursuivie par la clameur publique, ou est trouvée en possession d'objets ou présente des traces ou indices, laissant penser qu'elle a participé au crime ou au délit. »)
- légitime défense ou état de nécessité (art.122-5, 122-6 et 122-7 du code pénal)

Ils ne peuvent intervenir dans les services qu'à la demande du directeur de l'établissement ou des personnels responsables de ces structures.

Ils ne peuvent effectuer aucune fouille ni vérification d'identité. Ils sont habilités à effectuer des contrôles visuels des effets personnels des usagers (manteaux, sacs, valises…).

Ils peuvent retenir aux sorties de l'hôpital, durant le temps strictement nécessaire, toute personne en situation de flagrant délit. Ils peuvent dans les mêmes conditions retenir les patients qui leur paraîtraient désorientés ou susceptibles de courir un danger à l'extérieur de l'hôpital, pendant le temps strictement nécessaire à la vérification de leur situation et le cas échéant à leur prise en charge par un service de soins.

En dehors du cas de péril grave et imminent, ils ne peuvent, sans l'accord de l'intéressé, procéder ni à l'ouverture d'une armoire, d'un vestiaire ou à des investigations, ni à l'inspection du contenu d'un véhicule particulier.

Ils ne peuvent intervenir sur la voie publique qu'en qualité de simple citoyen et non au titre de leurs fonctions, sauf en cas d'urgence signalée à proximité immédiate de l'hôpital pour la fugue d'une personne mineure, âgée ou vulnérable.

Ils doivent être identifiables par le port d'une tenue adaptée et spécifique ou d'un badge nominatif.

Le directeur de l'établissement désigne pour chaque site un référent sécurité qui, sous sa responsabilité, assure le respect des règles de sécurité.

Article 53 – Matériels de sécurité générale (vidéosurveillance, contrôles d'accès)

L'installation de matériels de télésurveillance, de vidéosurveillance, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique doit avoir lieu dans le cadre d'un plan préalablement soumis par le directeur aux instances représentatives compétentes de l'hôpital.

Le fonctionnement de ces installations doit permettre de respecter le secret professionnel, la dignité des malades et le droit à la vie privée des usagers et du personnel ; il doit rester conforme aux règles énoncées par la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

L'installation et le fonctionnement des matériels de vidéosurveillance doivent observer les dispositions de la loi du 21 janvier 1995 et celles des décrets pris pour son application (décret n° 96-926 du 17 octobre 1996).

Ce système de vidéosurveillance fait l'objet d'une autorisation préfectorale d'installation. Les images sont reportées au poste central de sécurité et sont consultables selon les modalités prévues par les procédures en vigueur dans l'établissement.

Les matériels utilisés pour les contrôles d'accès sont les cartes professionnelles multifonctions et les clés. Ce matériel est remis nominativement et sa perte engendre un remplacement à titre payant. Le coût de cette prestation est défini annuellement par décision du directeur.

Article 54 – Règles de responsabilité

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

Les faits de délinquance perpétrés dans l'enceinte de l'hôpital engagent la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non.

Le CHANGE assure en cas de menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages, la protection des agents qui en sont victimes à l'occasion de leurs fonctions et, le cas échéant, la réparation du préjudice qui en résulte. Une procédure interne décrit la conduite à tenir par les agents hospitaliers pour la prise en charge administrative, psychologique et juridique par le CHANGE des conséquences physiques, matérielles ou morales qui en résultent.

Les agents qui s'estiment victimes d'un dommage de toute nature survenu dans l'exercice de leur fonction peuvent porter plainte en leur nom personnel.

Le directeur ou la personne qu'il délègue dépose plainte pour les dommages subis par l'hôpital.

Article 55 – Rapports avec l'autorité judiciaire

Le directeur informe sans délai le procureur de la république des **crimes et délits commis dans l'enceinte de l'hôpital** qui sont portés à sa connaissance dans l'exercice de ses fonctions. Il avise l'officier de police judiciaire territorialement compétent en cas de **mort violente ou suspecte.**

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

Article 56 – Rapport avec les autorités de police ou gendarmerie

Le CHANGE dispose d'une convention avec les autorités de gendarmerie et de police qui définit les modalités d'alerte, d'intervention et d'accueil.

Seul le directeur de l'hôpital a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de gendarmerie et de police. Il lui revient de décider s'il y a lieu de demander au sein de l'hôpital une intervention des autorités de gendarmerie ou de police qui apprécient si celle-ci est possible ou nécessaire.

En cas d'enquête de police judiciaire, le directeur de l'hôpital doit être systématiquement informé des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient. Il veille à ce que soient pris en considération, dans les meilleures conditions possibles, les impératifs et les garanties tirées de l'application de la loi pénale, du secret professionnel, des dispositions relatives aux droits des malades (loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des usagers et à la qualité du système de santé) et d'une manière générale des droits du citoyen.

Article 57 – Circonstances exceptionnelles

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

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en est informé pour les domaines relevant de sa compétence.

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

Il peut, dans les mêmes conditions, faire interdire l'accès de l'hôpital à toute personne qui se refuserait à se prêter aux mesures générales éventuelles qu'il a décidé.

En cas de nécessité pour l'hôpital, pour son personnel ou pour un ou plusieurs de ses usagers, le directeur ou son représentant peut en outre et même à défaut de consentement des intéressés, faire appel aux forces de l'ordre pour faire procéder en urgence à l'inspection de certains locaux et à l'examen de mobiliers ou véhicules. Il peut aussi décider d'un périmètre de sécurité ou d'une évacuation.

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

SOUS-SECTION 2 – Prévention et sécurité incendie

Article 58 – Registre de sécurité incendie

L'hôpital est assujetti aux règles de sécurité contre l'incendie applicables à tous les établissements recevant du public.

L'hôpital doit tenir un registre de sécurité qui indique notamment :

- les vérifications techniques ;
- les formations suivies par le personnel ;
- les travaux réalisés.

Depuis le 22 octobre 2017, les ERP neufs et situés dans un cadre bâti existant ont l'obligation de tenir un registre public d'accessibilité mentionnant les dispositions prises pour permettre à tous, notamment aux personnes handicapées, de bénéficier des prestations de l'ERP.

Le contenu du registre public d'accessibilité varie selon la catégorie et le type d'ERP, et selon que l'ERP répond ou non aux normes d'accessibilité.

Ces renseignements sont communiqués à la commission de sécurité compétente à l'occasion de ses visites au sein de l'hôpital.

L'hôpital affiche de manière très apparente, dans chaque dégagement desservant un groupe de locaux ou dans certains cas le local lui-même, des consignes générales ou particulières destinées à tous les occupants ou au seul personnel.

Article 59 – Sécurité des biens et des personnes

Le CHANGE met en œuvre tous les moyens dont il dispose pour assurer la sécurité des personnes et des biens. Les locaux sont équipés de détecteurs d'incendie et de dispositifs de sécurité appropriés. Des exercices et formations contre l'incendie sont régulièrement organisés par l'établissement.

Tout personnel ayant connaissance d'un événement de nature à mettre en péril les personnes et/ou les biens est tenu de donner l'alerte et, sous réserve de ne pas mettre en danger sa personne, de prendre les premières mesures qui s'imposent.

L'alerte est donnée au poste central de sécurité ou, à défaut, aux secours extérieurs.

L'ensemble du personnel, équipier de première intervention (EPI), doit être régulièrement formé au maniement des moyens de secours et connaître les consignes de sécurité en vigueur dans l'établissement.

Certains personnels sont désignés équipiers de seconde intervention (ESI). Recyclés régulièrement, ils sont appelés en renfort sur toute intervention nécessitant leur présence.

Article 60 – Le permis feu

Aucun travail par point chaud (soudage, découpage, meulage) ne doit être exécuté par le personnel, interne ou externe, sans au préalable avoir établi un « permis feu » avec le service de sécurité ou, à défaut, avec le référent sécurité du site.

Article 61 – Interdiction de fumer

Il est interdit de fumer et de vapoter dans l'ensemble des locaux clos et couverts de l'hôpital. Une signalisation apparente indique cette interdiction à l'entrée et à l'intérieur des locaux.

Pour le personnel hospitalier, il existe une interdiction générale de fumer ou de vapoter pendant la totalité du temps de travail, hors temps de pause.

Pour les patients hospitalisés en psychiatrie, il peut être autorisé de fumer dans les jardins fermés de chacune des unités d'hospitalisation ainsi que dans l'espace d'isolement dédié aux chambres d'isolement.

Les contrevenants s'exposent à une amende forfaitaire prévue pour les contraventions de la troisième classe (contravention minimum de 68€ apposée par un officier de police judiciaire ou un médecin de santé publique) et à des sanctions disciplinaires en ce qui concerne les personnels hospitaliers.

SOUS-SECTION 3 – Sécurité et permanence de fonctionnement

Article 62 – Recherche de la maîtrise des risques et droit de retrait

Le directeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des usagers, de leurs accompagnants, de leurs visiteurs et de tous ceux qui sont appelés à pénétrer dans l'établissement en raison de leurs fonctions.

A cet effet, sur la base d'une évaluation des risques et dans le respect du cadre législatif et réglementaire concernant les divers aspects de la sécurité du fonctionnement de l'hôpital, le directeur définit et met en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des services et instances concernés.

Il informe régulièrement, pour la partie qui les concerne, toutes les instances représentatives compétentes de l'application des plans d'action et de prévention.

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

Il prévoit un programme visant à former les personnels aux mesures de prévention qui nécessitent leur participation et à informer les usagers.

Un membre du personnel a la possibilité de se retirer d'une situation de travail dont il estime qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé. Un danger grave et imminent est un danger qui, dans un délai très rapproché, est susceptible de produire un accident ou une maladie entraînant la mort ou une incapacité permanente ou temporaire prolongée. Le droit de retrait consiste en la possibilité offerte à tout agent de quitter son poste de travail dans les circonstances suivantes :

- Il a un motif raisonnable de penser qu'il se trouve exposé à un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé
- Et/ou il constate une défectuosité dans les systèmes de protection.

L'agent qui se trouve dans une situation de travail présentant un danger grave et imminent en alerte immédiatement son chef de service et peut se retirer d'une telle situation.

Il peut aussi informer un représentant du personnel au CHSCT. Celui-ci alerte immédiatement le chef de service et consigne l'événement dans un registre spécial tenu par le secrétariat des ressources humaines sur le site d'Annecy, Ce registre des dangers graves et imminents est tenu à la disposition des membres du CHSCT, de l'inspection du travail et des inspecteurs santé et sécurité au travail.

Tout avis figurant sur ce registre doit être daté et signé et comporter les informations suivantes :

- Indication des postes de travail concernés
- Nature et cause du danger
- Nom de la ou des personnes exposées
- Mesures prises par le chef de service pour y remédier.

Le chef de service procède immédiatement à une enquête, s'il y a lieu avec le représentant du CHSCT qui lui a signalé le danger, et prend les dispositions nécessaires pour y remédier.

Le CHSCT se réunit dans les vingt-quatre heures qui suivent la consignation de l'évènement. Cette faculté doit s'exercer de telle manière qu'elle ne puisse créer pour autrui une nouvelle situation de risque grave et imminent.

Conformément à la réglementation, la médecine du travail assure la prévention, la surveillance de la santé des agents au travail et la bonne adaptation aux postes occupés.

Tout personnel dont le poste de travail est isolé et présente un caractère dangereux ou essentiel à la sécurité du reste du personnel (travaux en hauteur, équipement sous tension, machines-outils, …) est tenu d'en informer sa hiérarchie afin d'en étudier le risque et de convenir des mesures à mettre en place.

Article 63 – Garde technique

Le directeur de l'hôpital organise la garde technique afin de faire face en permanence aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour assurer la sécurité du fonctionnement de l'hôpital.

SOUS-SECTION 4 – Circulation et stationnement des véhicules

Article 64 – Voirie hospitalière

Les voies de desserte, la rue logistique et les parcs automobiles situés dans l'enceinte de l'hôpital constituent des dépendances du domaine public de l'établissement que les autorités hospitalières créent, aménagent et organisent conformément aux besoins du service public.

Les voies de desserte, la rue logistique et les parcs automobiles, ouverts seulement aux personnels et aux usagers de l'hôpital, ne peuvent être regardés comme des voies ouvertes à la circulation publique et échappent à la compétence des autorités chargées de la police et de la circulation.

La vitesse de circulation sur le domaine hospitalier est limitée à 30 km/h.

Article 65 – Règles de compétence

Sous réserve de l'application du code de la route pour ses dispositions législatives qui ne limitent pas leur champ d'application aux voies ouvertes à la circulation publique, le directeur réglemente l'accès, la circulation, l'arrêt et le stationnement des diverses catégories de véhicules, afin d'assurer le bon fonctionnement du service public (notamment l'accueil des malades et l'accès aux services d'urgences), sa maintenance (livraisons, travaux) et sa protection (services de secours et de force de l'ordre).

En matière de circulation, le directeur peut délivrer des autorisations d'accès, limiter les vitesses, préciser les priorités, interdire, réduire ou réserver l'usage de certaines voies, interdire ou réglementer l'entrée de certains véhicules (notamment camions et caravanes). Il peut faire procéder dans certaines circonstances à la régulation des flux d'accès à l'hôpital, notamment pour garantir l'accessibilité des véhicules d'urgence et de secours. Des voies d'accès sont réservées à certaines catégories de personnel justifiant d'une identification particulière de leur véhicule.

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

Le directeur peut, en cas de besoin, faire appel aux autorités de gendarmerie ou de police.

Article 66 – Signalisation et sanctions

Toutes les dispositions doivent être matérialisées ou signalées et tous les automobilistes sont tenus de s'y conformer, quel que soit le statut ou la fonction de l'usager.

Leur attention doit être appelée sur le fait que les facilités de circulation et de stationnement qui leur sont consenties ne constituent pas un droit et que, sauf dans l'hypothèse d'une faute de l'hôpital, elles ne sauraient donc engager la responsabilité de l'hôpital, notamment en cas de vols ou dommages.

Leur attention doit aussi être appelée sur les faits suivants :

- Une conduite dangereuse ou un stationnement interdit peut entraîner un retrait des autorisations accordées.
- Un stationnement gênant peut – s'il compromet le fonctionnement du service public hospitalier ou crée une gêne à l'accessibilité des véhicules de secours – entraîner un déplacement d'office du véhicule.
- Un stationnement dangereux (par exemple sur une voie réservée aux véhicules de secours) peut non seulement entraîner de graves dégâts au véhicule, justifiés par l'état de nécessité, mais aussi conduire à des actions judiciaires à leur encontre.
- Un stationnement abusif peut entraîner une mise en fourrière.

Article 67 – Règles générales de stationnement

Le stationnement de longue durée est prohibé.

Le titulaire de chaque autorisation de stationnement doit s'assurer que son véhicule est en bon état et ne met pas en danger la sécurité des parkings et de ses utilisateurs. Il est interdit de stationner un véhicule en panne ou accidenté dans les parkings ainsi qu'un véhicule non autorisé à circuler sur la voie publique.

Le directeur de l'établissement est habilité à prendre toutes les mesures nécessaires visant à l'évacuation d'un véhicule, notamment pour des raisons de sécurité ou de gêne au fonctionnement de l'hôpital.

Il peut également restreindre ou interdire l'accès des parkings pour les mêmes motifs.

Le règlement de circulation et de stationnement définit les règles applicables à chacune des zones distinctes délimitées par des barrières automatiques et affectées à une ou plusieurs catégories d'utilisateurs.

Article 68 – Dispositions communes aux zones de stationnement réservées aux professionnels

Ces dispositions concernent l'ensemble des personnels agents (titulaires et contractuels) de l'établissement, les personnes bénévoles clairement identifiées et répertoriées et les professionnels extérieurs autorisés (taxis, ambulances ….).

Le service de sécurité attribue les droits d'accès aux parkings selon le formulaire prévu à cet effet et la fourniture de copie de la carte grise pour les véhicules des professionnels extérieurs.

L'attribution d'un accès donne droit à une place non nominative et dans la limite des places disponibles et matérialisées. L'accès se fait directement à l'aide de la carte professionnelle multifonctions ou à distance, après liaison interphonie et vidéo, par l'agent du poste central de sécurité. En cas de cessation d'activité, l'accès est automatiquement interdit.

Le stationnement sur ces zones est gratuit. Les cartes d'accès sont strictement personnelles. Elles ne donnent un droit d'entrée sur la zone considérée que dans la limite des places disponibles identifiées.

Elles ne peuvent être utilisées que pendant les heures de présence dans l'établissement et n'autorisent pas un stationnement prolongé du véhicule. Cette mise à disposition de places de stationnement n'entraîne aucune obligation de garde ou de surveillance.

Toute personne disposant d'une carte professionnelle multifonction et contrevenant aux règles de circulation et de stationnement sur l'établissement ou aux injonctions du personnel de sécurité peut se voir désactiver son accès au parking.

Sur les sites d'Annecy et de Saint-Julien, le conducteur se voit attribuer un macaron portant un numéro. Ce macaron est à laisser apparent sur le pare-brise ou la plage avant du véhicule en cours d'utilisation. Il permet d'identifier et contacter rapidement son conducteur en cas de problème particulier (feux allumés, accrochage, gêne entre usagers…)

Les vélos doivent être stationnés à partir des supports spécialement installés à cet effet. Il en est de même pour les emplacements motos matérialisés.

Article 69 – Parc de stationnement public

Ce parc de stationnement est ouvert aux usagers et visiteurs de l'hôpital (consultants, visiteurs, représentants ou visiteurs médicaux, prestataires de services). Il est accessible à titre payant, dans la limite des places disponibles et matérialisées au sol.

Il est accordé forfaitairement la gratuité d'un temps de stationnement d'une heure. Tout quart d'heure commencé est due, et ce, dès le dépassement du temps de gratuité accordé. En cas de perte du ticket, l'usager est tenu d'acquitter un forfait incompressible prévu au tarif annuel. Pour les usagers ayant une forte fréquence d'utilisation et de durée de stationnement, un système d'abonnement ou de carte prépayée peut être proposé.

Pour les personnes se déplaçant en vélo, ces derniers peuvent être stationnés à partir des supports dédiés à cet usage sur le parvis.

Article 70 – Dépose bus et dépose minute – Règles particulières site de Metz-Tessy

La « voie dépose bus » est réservée au passage, à l'arrêt et à la dépose des bus de la communauté de l'agglomération d'Annecy, selon une convention écrite entre les parties.

Tout véhicule non habilité à l'emprunter et en stationnement sur cet emplacement sera enlevé sans autre forme d'avertissement et selon les conditions du présent règlement.

La dépose minute est exclusivement réservée à un stationnement de très courte durée, afin de déposer ou reprendre un usager de l'hôpital dans des conditions de proximité en rapport avec le temps d'attente.

Article 71 - Circulation dans la rue logistique

Afin d'assurer le bon fonctionnement du service public et la sécurité des agents, la circulation dans la rue logistique est réservée aux piétons. Il est par conséquent exclu que des moyens de locomotion tels que les vélos, les trottinettes et hoverboards soient utilisés dans cette voie de circulation, sauf autorisation expresse et spéciale délivrée par la direction de l'établissement.

PARTIE II

DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONSULTATIONS, A L'ADMISSION, AU SEJOUR ET A LA SORTIE DU MALADE

SECTION 1 – ACCUEIL, CONSULTATION ET ADMISSION

Article 72 – Droit à la prévention et aux soins

Toute personne dispose d'un droit fondamental à la protection de sa santé, au traitement de la douleur ainsi qu'à des soins palliatifs et un accompagnement en fin de vie, sans aucune discrimination.

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

Ces actes ne doivent pas être réalisés par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris dans les conditions réglementairement prévues par le médecin, qui sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins palliatifs.

Article 73 – Principe du libre choix du malade

Le droit du patient au libre choix de son praticien, de son établissement de santé, ainsi que de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève de soins palliatifs, est un principe fondamental de la législation sanitaire.

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

Ce libre choix, à exercer par le malade lui-même, doit toutefois se concilier avec les règles de fonctionnement de l'hôpital telles que l'organisation du service et des soins ; il ne permet pas en outre au malade de s'opposer à ce qu'un professionnel de santé procède à un acte pour des motifs tirés de la religion, connue ou supposée de ce dernier.

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

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

SOUS-SECTION 1 – Accueil et admission

Article 74 - L'accueil des malades

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

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

Article 75 – Accueil des personnes handicapées

Personnes déficientes visuelles

Pour la personne mal voyante ou aveugle, le chien-guide peut pénétrer dans les lieux ouverts au public (hall d'accueil, salle d'attente, etc.).

Lors d'une consultation, le chien-guide, qui ne peut accéder avec son maître à la salle de consultation, peut être confié durant l'examen au service sécurité des biens et des personnes.

La personne mal voyante ou aveugle peut être accompagnée dans ses démarches et ses déplacements par le service sécurité des biens et des personnes.

Personnes déficientes auditives

La déficience auditive est un handicap invisible. Pour faciliter l'accueil de l'usager, il est possible de faire appel à un interprète pratiquant la langue des signes français.

Personnes déficientes verbales

La déficience verbale est un handicap visible ou invisible.

Pour faciliter l'accueil de ces usagers, un accueil spécifique est adapté (temps supplémentaire, attention particulière, priorité des files d'attente) lui sera réservé tout au long de son parcours hospitalier.

Personnes à mobilité réduite

Des places de stationnement sont réservées aux personnes à mobilité réduite sur les différents sites.

Le prêt de fauteuils roulants est prévu à l'accueil central pour les patients en consultation externe et dans les services de soins pour les patients hospitalisés.

Article 76 – Accès au soin des personnes démunies

L'accès à la prévention et aux soins est un droit des personnes démunies qui s'adressent à l'hôpital.

Le CHANGE dispose d'une permanence d'accès aux soins de santé adaptée aux personnes en situation de précarité, visant à assurer leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

Article 77 – Livret d'accueil

Il est remis à tout malade admis en hospitalisation au sein de l'hôpital un livret d'accueil qui contient tous les renseignements utiles sur les conditions de séjour et l'organisation de l'hôpital. La charte de la personne hospitalisée est jointe à ce livret, ainsi qu'un questionnaire où le patient peut librement consigner ses observations, critiques et suggestions et qu'il peut déposer à sa sortie.

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

Il mentionne la CDU (Commission des Usagers) et une information sur les modalités d'expression des doléances.

Article 78 – Décision d'admission

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

L'admission peut être aussi prononcée par le directeur de l'Agence Régionale de Santé en cas de refus de l'établissement de recevoir un malade remplissant les conditions alors qu'un lit est disponible à cet effet. (Article R 1112-11 et 12 CSP).

Article 79 – Formalités d'admission

Toute admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du malade et aux conditions de prise en charge de son hospitalisation.

Les documents à fournir sont :

- carte d'identité (ou passeport, livret de famille, extrait d'acte de naissance, carte de séjour, carte de résident)en cours de validité
- carte vitale actualisée ou attestation de sécurité sociale en cours de validité
- carte actualisée de mutuelle ou assurance complémentaire ou attestation Complémentaire Santé Solidaire (C2S)
- carte ou attestation d'assurance privée
- Attestation d'AME (Aide Médicale d'Etat), de PUMA (Protection Universelle Maladie).

Dans les cas particuliers suivants, doivent être fournis :

- bénéficiaires de l'article L.115 du code des pensions : le carnet de soins gratuits,
- accidenté du travail : le volet de déclaration remis par l'employeur,
- Militaire : les coordonnées de votre affectation militaire.

Si le malade n'est pas assuré social ou ne peut justifier de l'ouverture de ses droits, il est tenu de signer un engagement de paiement de l'intégralité des frais d'hospitalisation.

Article 80 – Secret de l'admission

Le malade, y compris un mineur se déclarant opposé à la consultation de son père et de sa mère ou représentant légal et confirmant cette opposition, peut demander le bénéfice du secret de l'hospitalisation.

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

Cette disposition ne fait toutefois pas obstacle à l'obligation de signalement dans les cas prévus par la réglementation.

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

Article 81 – La personne de confiance

Toute personne majeure non protégée et hospitalisée peut désigner par écrit une « personne de confiance ». Lors de l'hospitalisation, le patient reçoit le livret d'accueil qui l'informe de cette possibilité. Cette désignation est faite par écrit et cosigné par la personne désignée

La personne de confiance doit connaître le patient antérieurement à son hospitalisation. Ce peut être un parent, un proche ou le médecin traitant. Cette désignation est valable pour la durée du séjour hospitalier, mais elle est révocable à tout moment par le patient.

Elle accompagne le patient dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. En cas de diagnostic ou pronostic grave, elle reçoit des informations pour soutenir le malade.

Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, elle doit être consultée en priorité par l'équipe médicale et recevoir l'information nécessaire avant toute intervention ou investigation.

Dans le cas du patient en fin de vie hors d'état d'exprimer directement sa volonté, son avis, sauf urgence ou impossibilité, prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées, dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin.

La consultation ne s'assimile pas à une prise de décision. Lorsque le malade est inconscient, la personne de confiance ne se substitue pas à lui. Un dialogue se noue avec le médecin. Le praticien reste libre de sa décision, en dernier ressort.

La personne de confiance doit agir dans le seul intérêt du patient et tenir compte dans la mesure du possible des volontés exprimées par ce dernier

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

Elle est liée au secret. Elle n'a pas accès au dossier médical. Sa consultation n'exclut pas l'information de la famille.

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

Article 82 – Admission à la demande d'un médecin traitant ou suite à une consultation

L'admission est décidée par le directeur, hors les cas d'urgence reconnus par le médecin ou l'interne de garde de l'hôpital, sur présentation d'un certificat médical attestant la nécessité du traitement hospitalier. Ce certificat peut être établi par le médecin traitant du patient ou par un praticien hospitalier du service de consultation ; il peut indiquer la discipline dans laquelle devrait être admis l'intéressé, sans toutefois mentionner le diagnostic de l'affection ; il doit être accompagné d'une lettre cachetée du médecin traitant ou du médecin de consultation, adressée au médecin du service hospitalier et donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles pour le diagnostic et le traitement.

Article 83 – Admission programmée

L'admission peut être programmée. Dans ce cas, une convocation est remise ou adressée au malade, après avis du responsable de la structure interne.

Afin d'organiser sa préadmission, le malade est invité à se rendre au Bureau des Entrées à côté de l'accueil principal de l'établissement afin de constituer son dossier d'admission avec rappel des pièces nécessaires à la bonne prise en charge administrative de son dossier.

Article 84 – Admission directe dans le service

En cas d'urgence ou lorsque son état clinique le justifie, le malade est dirigé sans délai vers un service en mesure de le prendre en charge.

Dans ce cas, les renseignements nécessaires à l'établissement de son dossier administratif, s'ils n'ont pu être fournis par un accompagnant, sont recueillis ultérieurement.

Article 85 – Conditions de transfert d'un patient vers un autre établissement de santé

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

L'admission dans ce dernier établissement est décidée, sauf cas d'urgence, après entente entre le médecin du service ayant en charge le malade et le médecin de l'établissement dans lequel le transfert est envisagé. Elle est effectuée au vu d'un certificat médical attestant la nécessité de l'admission du malade dans un établissement adapté à son état de santé.

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

Le transfert est notifié à la personne à prévenir que le patient aura désignée lors de son admission.

SOUS-SECTION 2 – Consultations

Article 86 – Consultations externes

Le directeur de l'hôpital établit et tient à jour, en accord avec les responsables de structures concernés, un tableau qui précise le fonctionnement de toutes les consultations externes, notamment la discipline, le nom et la qualité des praticiens, les jours et heures de ces consultations.

Article 87 – Tarifs des consultations externes

Les tarifs des consultations et actes pratiqués à titre externe sont alignés sur les tarifs applicables aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés avec l'assurance maladie. Ils prennent en compte les revalorisations intervenant en cours d'année et sont affichés.

Pour le paiement des consultations, les assurés sociaux qui justifient de droits ouverts à la sécurité sociale peuvent bénéficier du tiers-payant pour la part prise en charge par les organismes d'assurance maladie ; cette procédure les dispense de faire l'avance des frais. En revanche, sauf exonération spécifique ou prise en charge par un organisme tiers, ils doivent payer le ticket modérateur, sauf s'ils sont adhérents d'une mutuelle ayant conclu une convention de tiers-payant avec l'hôpital.

Les personnes dépourvues de ressources suffisantes sont orientées vers la permanence d'accès aux soins de santé, qui les assistera si nécessaire pour accéder à la consultation.

Article 88 – Consultation de dépistage de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine

Afin d'assurer le dépistage anonyme et gratuit de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine, un service agréé par le préfet du département propose, sur le site d'Annecy et de Saint-Julien, à toute personne qui se présente, une consultation médicale d'information et de conseil, éventuellement les tests sérologiques de dépistage de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et une consultation de remise des résultats.:

Les dépenses afférentes aux activités de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine sont prises en charge conjointement par l'Etat et par les organismes d'assurance maladie. Aucun paiement n'est donc demandé aux consultants.

Article 89 – Protection maternelle et infantile

Le Centre Hospitalier gère des activités relevant du service départemental de protection maternelle et infantile. Ces activités qui participent à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile comprennent :

- des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes, ainsi que des consultations gratuites de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
- des activités de planification familiale et d'éducation familiale
- d'autres actions prévues par l'article L.2112-2 du code de la santé publique

Les dépenses afférentes à ces activités sont prises en charge par le département de la Haute-Savoie.

SOUS-SECTION 3 - Alternatives à l'hospitalisation

Article 90 – Structures de soins alternatives à l'hospitalisation

Les structures alternatives à l'hospitalisation comprennent notamment les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires et les structures permettant l'hospitalisation à domicile. Une charte de fonctionnement est établie pour chacune des structures.

Les prestations qui y sont dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile. Elles doivent être adaptées aux besoins des malades et ont pour objet de leur éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée.

SOUS-SECTION 4 - Activité libérale des médecins au sein de l'hôpital

Article 91 – Principes d'organisation de l'activité libérale

Dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle, les praticiens statutaires exerçant à temps plein sont autorisés à exercer au sein de l'hôpital une activité libérale. Cette dernière s'effectue dans le cadre d'un contrat d'activité libérale, soumis à réexamen périodique et encadrée par la commission de l'activité libérale de l'établissement qui se réunit une fois par an. Cette commission de l'activité libérale est chargée au sein de l'hôpital de veiller au bon déroulement de cette activité.

Cette activité peut comprendre des consultations, des soins en hospitalisation et des actes médicotechniques.

Article 92 – Service public hospitalier et activité libérale

L'admission au titre du service public hospitalier est la règle au sein de l'hôpital. Dans certaines spécialités médicales, le malade peut toutefois être pris en charge, à sa demande et avec l'accord du médecin intéressé, dans le cadre de l'activité libérale des médecins exerçant à temps plein, lorsque ceux-ci y sont autorisés.

Cette prise en charge ne peut résulter que d'une demande expresse et spontanée du patient, exprimée en l'absence de toute sollicitation, quelle qu'en soit la forme.

Le malade qui souhaite être pris en charge au titre de l'activité libérale doit recevoir, au préalable, toutes indications quant aux règles qui lui seront applicables du fait de ce choix, notamment quant à la tarification et aux conditions de prise en charge par les organismes d'assurance maladie.

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

Lorsque le malade opte pour le secteur libéral d'un médecin, un formulaire de demande d'admission au titre de l'activité libérale est signé, dès son entrée, par lui-même, un membre de sa famille ou son accompagnant.

Aucun malade ne peut être pris en charge par un praticien au titre de son activité libérale s'il n'en a pas décidé ainsi lors de son admission au sein de l'hôpital, ni être pris en charge au cours d'un même séjour dans le secteur public s'il a été pris en charge préalablement dans le cadre de l'activité libérale.

Le malade peut toutefois, à titre exceptionnel, avec l'accord du directeur et après avis du responsable de la structure interne, revenir sur son choix. Ce nouveau choix est alors irréversible.

Les prestations non médicales liées à l'activité libérale ainsi que leurs tarifs sont ceux du secteur public, mais le malade doit verser en sus au médecin des honoraires. Le montant de ces honoraires est fixé par entente directe entre le malade et le médecin et payé indépendamment des frais de séjours hospitaliers.

Le praticien exerçant une activité libérale choisit de percevoir ses honoraires directement ou par l'intermédiaire de l'administration hospitalière.

Aucun lit ni aucune installation médicotechnique ne peut être réservé à l'exercice de l'activité libérale. Aucun acte médical concernant directement ou indirectement le prélèvement ou la greffe d'organes ou de tissus humains ne peut être accompli au titre de l'activité libérale.

SECTION 2 – ACCUEIL ET ADMISSION EN URGENCE

Article 93 – Plan d'accueil des malades ou blessés en urgence (« Plan Blanc »)

Le chef du pôle Urgences et le directeur de l'établissement dressent conjointement un plan d'accueil des malades ou blessés qui ont besoin de soins urgents ou en cas de circonstances exceptionnelles. Cette procédure décrit l'organisation interne sur chacun des sites d'Annecy et de Saint Julien ainsi que ses liens avec les autres acteurs en charge de la gestion de la crise sanitaire.

Article 94 – Interventions des personnels en cas d'urgence ou d'accident survenant à proximité immédiate de l'hôpital

En cas d'urgence ou d'accident signalé à proximité immédiate de l'hôpital, les personnels de l'hôpital, quel que soit leur grade ou leur fonction, sont tenus de porter secours aux malades ou aux blessés en péril de la voie publique.

En règle générale, dès que l'urgence est signalée, deux types de mesures doivent simultanément être mises en œuvre :

- l'alerte des services chargés de l'aide médicale urgente (SAMU ou SMUR)
- l'envoi sur les lieux d'une équipe chargée de donner les premiers soins, d'apprécier la gravité de la situation, de prendre toutes les mesures de protection nécessaires avant l'arrivée des services compétents et de transmettre à ces derniers le bilan et les besoins constatés.

Article 95 – Accueil et admission en urgence

Le directeur prend toutes les mesures, si l'état d'un malade ou d'un blessé réclame des soins urgents, pour que ceux-ci soient assurés au sein de l'hôpital sous la responsabilité directe d'un médecin.

Le directeur doit prononcer l'admission, même en l'absence de toute pièce d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement. Si le malade n'est pas identifié et se trouve dans l'incapacité de décliner son identité, l'admission est réalisée provisoirement de manière anonyme, les informations nécessaires à l'établissement de son dossier devant être recueillies le plus rapidement possible.

Lorsqu'un malade ou un blessé, dont l'admission n'a pas été décidée ou qui a reçu les soins rendus nécessaires par son état, refuse de quitter l'hôpital, il peut être, selon le cas et sur certificat établi par un médecin qui l'a examiné ou soigné, soit reconduit à la sortie de l'hôpital, soit adressé à un organisme à caractère social.

Si l'admission est décidée et que le malade refuse de rester, il s'agit d'un refus de soins à consigner.

En cas de déclenchement du dispositif SI-VIC (système d'information pour le suivi des victimes d'attentats et de situations sanitaires exceptionnelles) par l'agence régionale de santé, la cellule d'ordonnancement des lits (COL) ou le service d'accueil des urgences, selon la nature de l'évènement, doit renseigner la base SI-VIC, en veillant toutefois à ne divulguer aucune information relative à la situation médicale des patients.
Lorsqu'un malade ou un blessé, dont l'admission n'a pas été décidée ou qui a reçu les soins rendus nécessaires par son état, refuse de quitter l'hôpital, il peut être, selon le cas et sur certificat établi par un médecin qui l'a examiné ou soigné, soit reconduit à la sortie de l'hôpital, soit adressé à un organisme à caractère social.

Article 96 – Information des familles des malades ou blessés hospitalisés en urgence

Toutes les mesures utiles sont prises pour que la famille des malades ou blessés hospitalisés en urgence soit prévenue par l'hôpital.

Que le malade ait été conduit au sein de l'hôpital par le SMUR, les sapeurs-pompiers, les autorités de gendarmerie et de police ou tout autre moyen, il incombe aux agents du service des urgences de mettre immédiatement en œuvre, sous la responsabilité du directeur, toutes les démarches utiles à l'identification et à l'information des familles.

Cette obligation d'information des familles doit toutefois tenir compte de la faculté laissée au patient de demander le secret de l'hospitalisation.

En cas de transfert dans un autre hôpital ou d'aggravation de l'état de santé du patient, le même devoir de diligence pour l'information des familles s'impose à tous les personnels.

En cas de décès, l'information des familles est assurée.

Article 97 – Inventaire à l'admission

Dans les cas où le malade est hospitalisé en urgence, un inventaire de tous les objets dont il est porteur est dressé dans le service ou l'unité d'accueil, le cas échéant aux urgences, puis signé sans délai par un agent de l'hôpital habilité à le faire et l'accompagnant ou, à défaut, par un témoin. L'inventaire est consigné au dossier administratif du malade.

Le malade est invité à conserver les objets considérés comme utiles à son hospitalisation et à faire retourner les autres objets à son domicile.

Une information orale lui est donnée ayant pour objet :

- de lui donner connaissance des dispositions de la loi du 6 juillet 1992 et du décret du 27 mars 1993 relatifs à la responsabilité du fait des vols, pertes et détériorations des objets déposés dans les établissements de santé.
- de l'informer des conditions dans lesquelles les objets déposés pourront être retirés.

Ces informations figurent également dans le livret d'accueil.

Les objets de valeurs (somme d'argent, bijoux, moyen de déplacement, titre de valeurs mobilières) détenus par le malade font l'objet d'un dépôt auprès du régisseur ou à l'agent spécialement habilité pour en être le dépositaire avec inscription sur le registre des dépôts. Le Centre Hospitalier Annecy Genevois est responsable de plein droit de la perte ou de la détérioration de ces objets, dans les conditions fixées par la loi du 6 juillet 1992 et le décret du 27 mars 1993.

Dès que son état le permet, le malade reçoit le reçu des objets de valeur pris en dépôt.

Article 98 – Patients amenés par la police

Lorsque le patient est amené par les autorités de police ou de gendarmerie et que son état nécessite une hospitalisation, il incombe à l'hôpital de faire connaître à ces autorités qu'il est admis et de prévenir la famille.

Dans le cadre d'une procédure pénale, l'hôpital est tenu d'assurer les prises de sang et tous autres examens figurant sur une réquisition établie en la forme légale.

Un certificat médical constatant l'état du malade ainsi que l'admission, la non-admission ou le refus par la personne concernée de son hospitalisation est délivré par le médecin de garde aux policiers ou aux gendarmes.

Lorsque les services de police ou de gendarmerie amènent à l'hôpital, en dehors de toute réquisition, un sujet en état apparent d'ivresse, ce dernier doit faire l'objet d'un bilan médical exact de son état. En cas de non-admission, la personne doit être remise aux services de police ou de gendarmerie qui l'ont amenée à l'hôpital. Une attestation signée du médecin ayant examiné le malade et indiquant que l'admission n'est pas jugée nécessaire est alors délivrée aux services de police ou de gendarmerie.

SECTION 3 – DISPOSITIONS PARTICULIERES A CERTAINS PATIENTS

SOUS-SECTION 1 – Dispositions relatives aux malades mineurs

Article 99 – Admission des malades mineurs

Les mineurs âgés de moins de 16 ans doivent être orientés prioritairement dans le service de pédiatrie. Des dérogations peuvent être autorisées par le directeur, permettant la dispensation de soins dans un service d'adultes à des mineurs âgés de moins de 16 ans.

L'admission d'un patient mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande du ou des titulaire(s) de l'autorité parentale ou l'autorité judiciaire.

Lorsque le mineur se présente seul à l'hôpital, l'établissement doit tout mettre en œuvre pour en informer les titulaires de l'autorité parentale, afin de pouvoir prononcer l'admission, sauf cas d'urgence et situation où le mineur refuse que les titulaires de l'autorité parentale soient informés de son état de santé (article 101 du présent règlement).

L'admission d'un mineur sans l'autorisation préalable du ou des titulaire(s) de l'autorité parentale n'est possible qu'en application de l'article L 1111-5 du code de la santé publique, qui dispose que par dérogation aux dispositions du code civil, le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Ces dispositions s'appliquent à l'infirmier lorsque l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'un patient mineur.

Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.

Mineurs relevant de l'autorité judiciaire

Lorsqu'un mineur a été placé par le juge – statuant en matière d'assistance éducative ou en application des textes régissant l'enfance délinquante – dans un établissement d'éducation ou chez un particulier (« le gardien »), l'admission est prononcée à la demande du directeur de l'établissement d'éducation ou à la demande du gardien.

Mineurs relevant de l'aide sociale à l'enfance

➢ Situation où les parents sont titulaires de l'autorité parentale

Lorsque les enfants bénéficient de l'aide sociale à l'enfance et que les parents sont titulaires de l'autorité parentale, l'admission est prononcée à la demande des parents. Si les parents ne peuvent être joints en temps utile, l'admission est demandée par le service de l'aide sociale à l'enfance

➢ Situation où les parents ne jouissent pas de l'autorité parentale

Lorsque les enfants bénéficient de l'aide sociale à l'enfance et que les parents ne jouissent plus de l'autorité parentale, l'admission est prononcée à la demande des services de l'aide sociale à l'enfance.

➢ Situation des pupilles

Lorsque les enfants sont pupilles, le préfet est alors titulaire de l'autorité parentale. C'est alors la délégation territoriale de l'agence régionale de santé qui demande l'admission de l'enfant à l'hôpital.

➢ Pour tous les mineurs relevant de l'aide sociale à l'enfance

Lorsque le malade relève d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance, le directeur adresse sous pli cacheté dans les 48 heures de l'admission au service médical de l'aide à l'enfance le certificat confidentiel du médecin, indiquant le diagnostic et la durée de l'hospitalisation.

Admission des mineurs en urgence

En cas d'urgence, le médecin doit donner au patient mineur les soins qui s'imposent. Toutes mesures utiles sont prises pour que la personne exerçant l'autorité parentale ou un membre de la famille soit informé dans les meilleurs délais de l'hospitalisation d'un mineur reçu en urgence.

Le dossier d'admission d'un mineur doit comporter l'indication de la personne exerçant l'autorité parentale et, plus particulièrement, le droit de garde. Dans tous les cas, cette personne doit être tenue informée de l'admission dans les meilleurs délais.

Les mineurs ne peuvent refuser leur hospitalisation. Seule la personne exerçant l'autorité parentale peut signer un refus d'admission. La procédure est alors régie par l'article 98 du présent règlement.

Les mineurs sont informés des actes et examens nécessaires à leur état de santé en fonction de leur âge et facultés de compréhension, dans la mesure du possible et indépendamment de l'indispensable information de leurs représentants légaux.

Article 100 – Autorisation de soins

Les soins ne sont réalisés qu'après que les titulaires de l'autorité parentale ou les représentants légaux ont signé une autorisation de soins.

Situation où le mineur n'est pas accompagné de ses parents

Lorsqu'un mineur non accompagné se présente à l'hôpital, les soins ne sont effectués que s'il s'agit d'une urgence médicalement constatée ou si le rendez-vous a été pris par le titulaire de l'autorité parentale.

Situation où les parents refusent de signer l'autorisation d'opérer

En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal du mineur ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucun soin hors les cas d'urgence.

Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin réalise les soins nécessaires.

Article 101 – Situation des mineurs qui refusent que les titulaires de l'autorité parentale soient informés de leur état de santé

Un mineur peut refuser que le ou les titulaires de l'autorité parentale soient prévenus de son état de santé dans les cas où :

- l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder sa santé il s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.
- Lorsque les liens de famille du mineur sont rompus, et qu'il bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle,

Article 102 – Accompagnement des enfants en hospitalisation

Le directeur organise, avec l'accord des médecins responsables de structure concernés, les modalités d'accompagnement des enfants par leurs parents au cours de leur hospitalisation.

Les parents ou toute autre personne qui s'occupe de l'enfant doivent pouvoir demeurer auprès de lui aussi longtemps qu'ils le souhaitent, y compris la nuit, à condition de ne pas contrarier la dispensation des soins, de ne pas exposer l'enfant à une maladie contagieuse et de ne pas troubler le repos des autres malades.

Ils doivent pouvoir assister aux soins médicaux et infirmiers, s'ils le souhaitent et si, à l'expérience, leur présence ou leur comportement ne s'avère pas incompatible avec une bonne exécution des soins.

S'ils ne peuvent demeurer auprès de leur enfant pendant son hospitalisation, les parents doivent avoir la possibilité de s'informer régulièrement de son état de santé auprès du personnel qualifié pour y procéder et, lorsque cet état le permet, ils doivent pouvoir communiquer avec lui par téléphone ou tout autre moyen de télécommunication.

Article 103 – Poursuite de la scolarité pendant l'hospitalisation

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

Article 104 – Autorisation de sortie des mineurs en cours d'hospitalisation

Des permissions de sortie peuvent être accordées en cours d'hospitalisation.

Les mineurs ne peuvent être confiés qu'à leur père, mère, gardien, tuteur ou une tierce personne expressément autorisée par ceux-ci. La personne emmenant l'enfant doit présenter les justificatifs nécessaires (pièce d'identité ou extrait de jugement).

Article 105 – Sortie des mineurs en fin d'hospitalisation ou suite à un passage aux urgences

Lorsque le mineur est dans les locaux de l'établissement, il est considéré comme placé sous la garde de celui-ci. Il ne pourra pas quitter librement l'hôpital.

Le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale ou la personne exerçant le droit de garde est informé de la sortie prochaine du mineur. Cette personne doit préciser à la direction de l'hôpital si le mineur peut quitter seul l'hôpital ou s'il doit lui être confié ou être confié à une tierce personne qu'elle a expressément autorisée. Cette mesure ne s'applique pas lorsque le mineur s'est opposé à l'information des titulaires de l'autorité parentale. Le mineur est accompagné lors de sa sortie par la personne majeure de son choix.

Dans le cas où le mineur, lors de sa sortie, est confié à la personne exerçant le droit de garde ou au tiers que cette dernière a autorisé, des justifications sont exigées (pièces d'identité, extrait de jugement). La photocopie de ces justifications est conservée dans le dossier du malade.

Des dispositions spécifiques concernant la **sortie des mineurs étrangers isolés** sont prévues par une procédure interne.

SOUS-SECTION 2 - Dispositions relatives aux femmes enceintes

Article 106 – Admission en maternité

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

- d'une femme enceinte, dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement
- d'une femme accouchée et de son enfant, dans le mois qui suit l'accouchement

En l'absence de lit disponible au sein de l'hôpital, le directeur organise cette admission dans un autre établissement de santé pourvu d'un service de maternité.

Article 107 – Secret de la grossesse ou de la naissance

Si, pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance, l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission, aucune pièce d'identité n'est exigée et il n'est procédé à aucune enquête.

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

Article 108 – Admission des femmes désirant subir une interruption volontaire de grossesse (IVG)

Des interruptions volontaires de grossesse sont pratiquées au sein de l'hôpital, agréé à cet effet, conformément aux dispositions légales en vigueur.

Si la patiente est mineure célibataire, le consentement de l'une des personnes titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est requis par écrit. Ce consentement doit être accompagné de celui de la mineure célibataire enceinte, exprimé en dehors de la présence des parents ou du représentant légal.

Cependant, si la mineure souhaite garder le secret vis à vis de ses parents ou de son représentant légal ou si ce consentement n'est pas obtenu (impossibilité d'obtenir l'accord ou de contacter l'un d'entre eux ou en cas de refus), l'interruption volontaire de grossesse et les soins liés à l'intervention sont pratiqués à sa seule demande. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par une personne majeure de son choix. Le dossier d'admission doit dans ce cas comporter la mention selon laquelle une personne majeure accompagne la mineure enceinte.

L'article L. 2223-2 du code de la santé publique réprime le délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse. Ainsi, est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher de pratiquer ou de s'informer sur une interruption volontaire de grossesse ou les actes préalables prévus par les articles L. 2212-3 à L. 2212-8 ***par tout moyen, y compris par voie électronique ou en ligne, notamment par la diffusion ou la transmission d'allégations ou d'indications de nature à induire intentionnellement en erreur, dans un but dissuasif, sur les caractéristiques ou les conséquences médicales d'une interruption volontaire de grossesse :***

« 1° Soit en perturbant l'accès aux établissements mentionnés à l'article L. 2212-2, la libre circulation des personnes à l'intérieur de ces établissements ou les conditions de travail des personnels médicaux et non médicaux ;

« 2° Soit en exerçant des pressions morales et psychologiques, des menaces ou tout acte d'intimidation à l'encontre ***des personnes cherchant à s'informer sur une interruption volontaire de grossesse***, des personnels médicaux et non médicaux travaillant dans les établissements mentionnés au même article L. 2212-2, des femmes venues recourir à une interruption volontaire de grossesse ou de l'entourage de ces dernières. »

Ainsi, lorsque cette infraction est commise, le directeur de l'hôpital est tenu de porter plainte contre son ou ses auteurs.

SOUS-SECTION 3 – Dispositions relatives aux malades étrangers

Article 109 – Admission des malades étrangers

En cas d'urgence médicalement constatée, l'admission d'un malade étranger non-résident en France est de droit, quelles que soient les conditions de sa prise en charge administrative.

Hors les cas d'urgence, l'admission d'un malade étranger est subordonnée à la délivrance d'une prise en charge ou au versement d'une provision égale au montant prévisible des frais d'hospitalisation.

Article 110 – Admission de femmes étrangères désirant subir une interruption volontaire de grossesse (IVG)

Les femmes étrangères bénéficient du même droit à l'interruption volontaire de grossesse que les femmes françaises.

Les femmes célibataires étrangères de moins de 18 ans doivent se soumettre aux dispositions relatives aux mineures célibataires.

SOUS-SECTION 4 – Dispositions relatives aux militaires et aux victimes de guerre

Article 111 – Admission des militaires

Les militaires de carrière, malades ou blessés, ne peuvent pas en principe être hospitalisés au sein de l'hôpital, sauf en cas d'urgence pour une durée limitée à 48 heures ou s'ils sont expressément transférés d'un hôpital militaire.

En cas d'hospitalisation, les frais de séjour des militaires de carrière sont pris en charge par la caisse nationale militaire de Sécurité sociale.

Article 112 – Admission des militaires en urgence

Si le directeur est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission aux autorités militaires (délégué militaire départemental ou à défaut gendarmerie).

Dès que l'état de santé de l'hospitalisé le permet, celui-ci est évacué sur l'hôpital des armées ou le centre hospitalier mixte le plus proche.

Article 113 – Admission des bénéficiaires de l'article L.115 du code des pensions militaires, d'invalidité et des victimes de guerre

Les bénéficiaires de l'article L.115 du code des pensions militaires, d'invalidité et des victimes de guerre sont tenus de laisser leur carnet de soins gratuits à la disposition de l'administration de l'hôpital pendant la durée de leur hospitalisation.

Leurs frais d'hospitalisation sont toujours entièrement pris en charge. Lorsque les soins sont en rapport avec le motif de la réforme, les frais de séjour sont pris en charge par le ministère chargé des Anciens Combattants. Lorsque les soins ne sont pas en rapport avec le motif de la réforme, les frais de séjour sont pris en charge par la Sécurité sociale.

SOUS-SECTION 5 - Dispositions relatives aux malades en soins psychiatriques et aux incapables majeurs

Article 114 – Admission des personnes en soins psychiatriques

L'admission des personnes en soins psychiatriques peut intervenir, conformément aux dispositions de la loi du 5 juillet 2011 et ses textes d'application, selon trois modalités distinctes qui sont :

- Soins psychiatriques libres,
- Soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ou en cas d'urgence (SPDT),
- Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE).

Dès son admission et, par la suite, à sa demande, le malade est informé de sa situation juridique et de ses droits.

Les soins psychiatriques libres des personnes atteintes de troubles mentaux, définis par le critère unique du consentement du malade aux soins, est la règle et l'hospitalisation sous contrainte l'exception.

Les malades en soins psychiatriques libres disposent des mêmes droits que ceux reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause, et notamment du droit d'aller et de venir librement à l'intérieur du service de soins et au sein de l'hôpital. Dans le cas où le fonctionnement du service justifierait la mise en œuvre de modalités particulières, celles-ci sont portées à la connaissance des malades. En aucun cas elles ne peuvent porter atteinte à leur liberté d'aller et de venir et doivent être organisées de manière à respecter ce principe.

Les malades en soins psychiatriques sans consentement ne peuvent être accueillis que dans des hôpitaux spécialement habilités à cet effet. Les restrictions qui peuvent être apportées à l'exercice de leurs libertés individuelles sont strictement limitées à celles nécessitées par leur état de santé et la mise en œuvre de leur traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa sortie préparée.

Un accueil familial thérapeutique est organisé, sous la responsabilité de l'hôpital, pour permettre le placement des personnes atteintes de troubles mentaux dans des familles d'accueil. Cette modalité d'hospitalisation fait l'objet d'un règlement intérieur particulier annexé au règlement intérieur général du CHANGE.

Article 115– Dispositif de protection juridique des majeurs protégés

Toute personne majeure qui ne peut pourvoir seule à ses intérêts peut bénéficier d'une protection juridique adaptée à son état et à sa situation. Le CHANGE dispose de mandataires judiciaires à la protection des majeurs inscrits sur la liste préfectorale des personnes habilitées pour être désignées par le juge des tutelles pour exercer des mesures de protection des majeurs. Le mandataire judiciaire à l'hôpital ne manie aucun fonds. Seul le régisseur de l'hôpital est habilité à percevoir les fonds du majeur protégé et à assurer le dépôt des biens ainsi placés.

SOUS-SECTION 6 – Dispositions relatives aux malades gardés à vue et détenus

Article 116 – Admission des personnes gardées à vue

L'admission des personnes gardées à vue est prononcée dans les mêmes conditions que celles des malades relevant du droit commun. Leur surveillance est assurée par l'autorité de police ou de gendarmerie qui a prononcé la garde à vue, sous le contrôle du procureur de la république ou du magistrat.

Article 117 – Admission et surveillance des détenus

Les détenus malades ou blessés qui ne peuvent être transférés dans un établissement pénitentiaire approprié ou spécialisé en raison de leur état de santé ou, s'ils sont prévenus, qui ne peuvent être éloignés des juridictions devant lesquelles ils ont à comparaître sont, sur autorisation du ministre de la justice et à la diligence du préfet, admis dans une chambre ou un local où un certain isolement est possible et où la surveillance par les services de police ou de gendarmerie peut être assurée sans entraîner de gêne pour l'exécution du service hospitalier ou pour les autres malades.

En cas d'urgence, il peut être procédé à l'hospitalisation avant réception de l'autorisation légale.

Les détenus sont hospitalisés en régime commun. Cependant, sur décision expresse du ministre de la justice, prise en application de l'article D 382 du code de procédure pénale (CPP), ils peuvent être traités, à leurs frais, en régime particulier, dans le cadre de l'activité libérale des praticiens, si la surveillance prévue à l'article ci-dessus ne gêne pas les autres malades.

Les agents de l'administration pénitentiaire et les forces de police et de gendarmerie sont invités à respecter le repos des malades et veiller à exercer leur mission avec discrétion et tact, en tenant compte notamment du travail des personnels hospitaliers (D 394 CPP). Pour les détenus atteints de troubles mentaux, il n'est pas fait application de la règle posée à l'article D 394 CPP concernant une garde par un personnel de police ou gendarmerie durant leur hospitalisation (D 398 CPP).

Les mesures de surveillance et de garde incombent exclusivement aux personnels de gendarmerie ou de police et s'exercent sous la responsabilité de l'autorité militaire ou de police.

En cas d'incident grave lié à la prise en charge d'un patient détenu le Directeur Général du CHANGE doit être informé afin de procéder au signalement auprès de l'autorité compétente.

SOUS-SECTION 7 – Autres cas particuliers d'admission

Article 118 – Admission des malades toxicomanes

Les malades toxicomanes peuvent :

- soit se présenter spontanément pour suivre une cure de désintoxication,
- soit être astreints à une cure de désintoxication par les autorités sanitaires ou judiciaires. Dans ce cas, l'admission et le traitement des intéressés sont organisés selon les modalités fixées par les articles L3412-1 à L3412-3 et L3413-1 à L3413-4 du Code de la santé publique .

Les toxicomanes qui se présentent spontanément au sein de l'hôpital afin d'y être traités peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants. Ces personnes peuvent demander aux médecins qui les ont traitées un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement.

En cas d'interruption de la cure de désintoxication prescrite par l'autorité sanitaire, l'hôpital en informe immédiatement cette autorité qui prévient le procureur de la république.

Dans le cas d'une cure de désintoxication prescrite par l'autorité judiciaire, le médecin responsable informe celle-ci de son déroulement et de ses résultats.

L'Etat prend en charge les frais d'hospitalisation, de cure et de surveillance médicale entraînés par la cure de désintoxication. Cette cure doit obligatoirement se dérouler au sein d'un service agréé de l'hôpital.

Les toxicomanes sont accueillis au sein de l'hôpital dans les unités dites de sevrage, spécialement aménagées à cet effet. L'admission donne lieu à un protocole de sevrage entre le médecin responsable et le patient.

Article 119 – Admission des malades ayant qualité d'évacués sanitaires

Des malades non-résidents en France peuvent être admis au sein de l'hôpital dans le cadre des entrées sanitaires d'urgence décidées par les autorités ministérielles. Des prises en charge peuvent alors être accordées au titre de l'aide médicale de l'Etat.

Article 120 – Admission des malades devant confier provisoirement des enfants au service de l'aide sociale à l'enfance

Lorsqu'un malade souhaite, durant son hospitalisation, confier ses enfants au service de l'aide sociale à l'enfance, le directeur doit prendre les dispositions nécessaires pour :

- faire examiner les enfants par un médecin,
- préparer un dossier d'admission pour le service de l'aide sociale à l'enfance,
- faire accompagner les enfants au centre départemental d'aide à l'enfance.

Article 121 – Admission des agents du CHANGE

En vertu de l'article 44 de la loi du 9 janvier 1986, les agents titulaires de la fonction publique hospitalière en activité peuvent bénéficier de la gratuité de soins médicaux et de produits pharmaceutiques délivrés dans l'établissement pour leur usage personnel pour la part non prise en charge par l'assurance maladie. Cette gratuité du ticket modérateur constitue un avantage en nature.

L'agent doit préciser à l'accueil de pôle et/ou bureau des entrées qu'il souhaite bénéficier d'un avantage en nature afin d'avoir les bons éléments pour la facturation de son dossier.

Quel que soit son choix l'agent du CHANGE doit présenter à l'accueil de pôle et/ou Bureau des entrées ou à la pharmacie :

- la carte vitale ou une attestation d'affiliation,
- la carte de mutuelle, s'il en possède une,
- la carte professionnelle ou le badge.

Lorsque le fonctionnaire n'a pas souscrit de mutuelle complémentaire, l'attribution gratuite des soins constitue un avantage en nature soumis à contribution CSG et RDS. L'agent ne s'acquitte pas des frais. En revanche, les soins ou les médicaments feront l'objet, sur sa fiche de paie, d'une contribution CSG ou RDS.

Si l'hospitalisation de l'agent a lieu dans un autre établissement, la prise en charge des frais sera conditionnée par la justification de l'urgence ou la nécessité motivée par ce lieu d'hospitalisation.

Article 122 – Admission au sein d'une unité de soins de suite ou de réadaptation

L'admission au sein d'une unité de soins de suite ou de réadaptation est prononcée pour les malades qui requièrent des soins continus dans un but de réadaptation.

Les admissions dans ces unités ne sont prononcées qu'après l'accord du médecin responsable de structure. Il existe deux modes d'admission :

- l'admission directe qui nécessite l'accord préalable du service de contrôle médical du centre de sécurité sociale dont dépend le malade ;
- l'admission à la suite d'un transfert : tout malade hospitalisé au sein de l'hôpital qui a dépassé la phase aiguë de l'affection pour laquelle il était soigné mais qui présente néanmoins des séquelles relevant d'un traitement médical ou de rééducation, peut être transféré dans une unité de soins de suite et de réadaptation, sur proposition du chef de service où il est traité. Ce transfert doit donner lieu, dans un délai de 48 heures, à une information du service de contrôle médical de la caisse de Sécurité sociale dont relève le malade.

Quel que soit le mode d'admission du patient, des prolongations de séjour doivent être demandées, au cas où elles apparaîtraient nécessaires, dès l'expiration de la durée du séjour initial. Les unités de soins de suite et de réadaptation, qu'elles soient ou non spécialisées, ne reçoivent les malades que temporairement.

Lorsque le médecin refuse une prolongation de séjour d'un malade, la sortie de l'intéressé est prononcée.

A la sortie, deux éventualités sont possibles :

- ou bien l'état du malade lui permet de retourner vivre à domicile, dans son milieu familial, dans une maison de retraite ou dans toute autre institution d'hébergement avec, si besoin, le concours des services d'hospitalisation ou de soins à domicile,
- ou bien le malade a perdu son autonomie et son état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. Dans ce cas, son transfert dans une unité de soins de longue durée (USLD) ou un Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) doit être organisé.

Il appartient à l'assistant du service social chargé de l'unité de soins concernée de rechercher la solution qui convient à chaque situation particulière, en tenant compte des souhaits du malade, s'il est en mesure de les exprimer, en liaison avec l'ensemble de l'équipe de soins, la famille et, le cas échéant, le tuteur.

SECTION 4 – SOINS, DROITS ET INFORMATION AUX PATIENTS

SOUS-SECTION 1 – Consentement aux soins, refus de soins

Article 123 – Consentement aux soins

Sauf disposition légale spécifique, aucun acte ou traitement médical ne peut être entrepris sans que le malade en ait été préalablement et précisément informé et ait donné son consentement libre et éclairé. Le patient peut revenir sur ce consentement à tout moment. En cas d'urgence mettant en jeu la vie du malade ou d'impossibilité de recueillir le consentement éclairé de ce dernier, les médecins dispensent les soins qu'ils estiment nécessaires, dans le respect de la vie et de la personne humaine. Ils en tiennent informés, dès que possible, les accompagnants, la famille et, le cas échéant, la personne de confiance désignée par le malade.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale prévue par la loi et les directives anticipées rédigées par le patient ou, à défaut de ces dernières, sans que la personne de confiance prévue à l'article 81 ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. Pour être valables, les directives anticipées doivent être écrites, datées et signées par leur auteur majeur, dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance. Elles sont révisables ou révocables à tout moment.

Sauf disposition législative contraire, aucun test de dépistage systématique des maladies contagieuses ne peut être effectué.

Les prélèvements d'éléments et de produits du corps humain ne peuvent être pratiqués que dans les cas et les conditions prévues par la loi.

Article 124 – Refus des soins

Lorsqu'un malade n'accepte pas l'intervention ou les soins qui lui sont proposés, sa sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant des soins immédiats, peut être prononcée par le directeur. Une proposition alternative de soins est au préalable, dans toute la mesure du possible, faite au malade.

La sortie est prononcée après signature par le malade d'une attestation de refus de soins. Si le malade ou son représentant légal refuse de signer ce document, un procès-verbal de refus de soins est dressé et signé par deux personnels soignants qui attestent de l'exhaustivité des explications données. Le dossier médical du patient est également renseigné afin d'assurer une traçabilité.

En cas d'urgence médicalement constatée mettant en péril la vie du malade, le médecin responsable s'assure que le refus du malade procède d'une volonté libre et éclairée et d'une parfaite connaissance du risque qu'il encourt. En cas de refus persistant, il prend en conscience les décisions qu'il estime nécessaires pour le malade compte tenu de son devoir d'assistance à personne en péril et de la connaissance qu'il a du refus du malade d'accepter les soins. Il renseigne le dossier médical du patient.

Article 125 – Consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur des mineurs ou des majeurs protégés

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

En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale, en dehors des cas d'urgence.

Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du malade risque d'être compromise par le refus de son représentant légal, le médecin peut saisir le Procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance lui permettant de dispenser les soins qui s'imposent.

Article 126 – Interventions médicales et chirurgicales d'urgence sur des mineurs et des majeurs protégés

En cas d'urgence et d'impossibilité de joindre la ou les personne(s) titulaire de l'autorité parentale ou le responsable juridique ou de refus de la part de cette dernière de signer l'autorisation d'anesthésier, d'opérer ou de pratiquer un examen fonctionnel ou une transfusion sanguine, il peut cependant être procédé à ces interventions dans les conditions suivantes :

- le responsable de la structure interne ou, à défaut, le praticien ayant la responsabilité temporaire du service qui a constaté l'urgence et a décidé l'intervention doit l'assurer personnellement ;
- la décision d'intervenir est portée dès que possible à la connaissance du représentant légal.

Tous les éléments nécessaires à la justification de la décision médicale figurent dans le dossier médical.

SOUS-SECTION 2 - Information médicale

Article 127 – Information du patient

Les personnes qui sont hospitalisées ou qui consultent au sein de l'hôpital doivent être informées par tout moyen adéquat du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins.

Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens de l'hôpital assurent l'information des malades, laquelle doit être appropriée, accessible et loyale. Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.

Les malades sont associés aux choix thérapeutiques qui les concernent. Ils sont informés préalablement de la nature, des risques et des conséquences que les actes médicaux et chirurgicaux peuvent entraîner.

L'hôpital est tenu de protéger la confidentialité des informations qu'il détient sur les personnes qu'il accueille.

Toute personne a droit à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée au sein de l'hôpital à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais.

Cette information est délivrée par affichage dans les lieux de réception des patients ainsi que sur les sites internet de communication au public.

Article 128 – Dossier médical du patient

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé. Le cas échéant, un dossier peut être constitué pour un malade reçu en consultation externe au sein de l'hôpital.

Le directeur veille à ce que toutes les dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des dossiers conservés au sein de l'hôpital. Il veille également à ce que toutes les mesures soient prises pour assurer la communication du dossier médical du malade.

En ce qui concerne l'exercice du contrôle médical, les médecins responsables de structure communiquent ou prennent toutes dispositions utiles pour que soient communiqués au médecin conseil de la Sécurité sociale, dans le respect du secret médical, les documents médicaux nécessaires à l'exercice de son contrôle.

Article 129 – Communication du dossier médical au patient

Les patients ont accès à l'ensemble des informations médicales et administratives concernant leur santé, détenues par l'hôpital et les professionnels de santé y exerçant.

Sont concernées les informations qui ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment :

- les résultats d'examens ;
- les comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation ;
- les protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre ;
- les feuilles de surveillance ;
- les correspondances entre professionnels de santé.

Sont exclus :

- informations recueillies auprès de tiers (employeur, membre de la famille…) n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique,
- informations sur un tiers,
- notes personnelles.

En dehors des cas où elle doit être effectuée dans le cadre d'une procédure judiciaire, la communication directe du dossier médical du malade ou sa consultation ne peut intervenir que sur la demande écrite du

malade ou de son représentant légal. En cas de décès du patient, les informations le concernant peuvent être délivrées à ses ayant droits, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité.

La communication a lieu au plus tard dans les huit jours suivant la demande et au plus tôt après un délai de réflexion de quarante-huit heures. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou pour les patients atteints de troubles mentaux, lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie.

Le médecin qui a établi ou qui est dépositaire de ces informations peut recommander la présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

A titre exceptionnel, dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte d'un patient atteint de troubles mentaux (hospitalisation sur demande d'un tiers ou hospitalisation à la demande du représentant de l'Etat) et en cas de risques d'une gravité particulière, la consultation des informations peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur. En cas de refus de ce dernier, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

Le droit d'accès au dossier du mineur, sous réserve de l'opposition du mineur qui souhaite garder le secret sur son hospitalisation, est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

La coordination de la communication du dossier est assurée par la Direction des Usagers de la Qualité de l'Expérience Patient

Elle a lieu :

- soit par consultation sur place,
- soit par envoi de la reproduction des pièces du dossier, aux frais de la personne qui sollicite la communication, sans que ces frais puissent excéder le coût réel des charges de fonctionnement ainsi créé.

Lors de la consultation de son dossier, le demandeur peut bénéficier d'un rendez-vous avec le médecin qui l'avait pris en charge au moment de la constitution du dossier.

Article 130 – Relations avec les familles

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

En l'absence d'opposition du malade, les indications d'ordre médical – telles que diagnostic et évolution de la maladie – ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions définies par le code de déontologie médicale ; de même, les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être fournis par des personnels qualifiés aux membres de la famille.

Article 131 – Droit d'accès des ayants-droit aux informations concernant un patient décédé

En cas de décès du patient, les informations le concernant peuvent être délivrées à ses ayants droit, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour :

- connaître les causes de la mort ;
- défendre la mémoire du défunt ;
- faire valoir leurs droits.

Article 132 – Communication d'informations médicales et continuité des soins

L'hôpital est tenu d'informer par lettre le médecin traitant de la date et de l'heure d'admission du malade ainsi que le service où a eu lieu cette admission. Il l'invite simultanément à prendre contact avec ce service, à fournir tous renseignements utiles sur le patient. A la fin de chaque séjour hospitalier, les copies des pièces du dossier médical visées ainsi que toutes les autres pièces jugées nécessaires sont adressées, dans un délai de 8 jours, au praticien que le malade ou son représentant légal aura désigné afin d'assurer la continuité des soins.

En cas de transfert du malade dans un autre établissement de santé, une copie du dossier médical est transmise au dit établissement. Ces transmissions sont effectuées dans des conditions permettant d'assurer la continuité des soins.

Article 133 – Traitement de données à caractère personnel des patients

Le dossier médical du patient est conservé pendant une certaine période de temps définie par les textes législatifs et réglementaires,

Vis-à-vis de ses données personnelles, le patient dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition. Il peut définir des directives sur la conservation, l'effacement et la communication de ces données après le décès, en s'adressant par courrier à tout moment au directeur de l'établissement ou en s'adressant au délégué à la protection des données de l'établissement : dpo@ch-annecygenevois.fr.

Pour la recherche dans le domaine de la santé, les personnes concernées peuvent également exercer leurs droits auprès des professionnels de santé qui les prennent en charge.

Article 134 – Réclamations et voies de recours

Indépendamment de la possibilité de répondre au questionnaire de satisfaction, le patient ou ses ayants droit peuvent faire part directement au directeur de l'hôpital de leurs observations et réclamations. Le directeur est tenu de leur donner les explications qu'ils sollicitent.

Le directeur accuse réception des demandes et réclamations présentées par écrit. Il donne la possibilité à toute personne qui ne peut s'exprimer que par oral de voir sa demande ou réclamation consignée par écrit.

Si le patient ou ses ayants droit estime avoir subi un préjudice dans le cadre de sa prise en charge par l'hôpital, il peut saisir le directeur de l'hôpital d'une réclamation en vue d'obtenir réparation.

Le directeur est tenu de lui faire connaître les voies de recours qui lui sont ouvertes.

Article 135 – Médiateur médical et médiateur non médical

Lorsque le Directeur est saisi par écrit d'une plainte ou d'une réclamation, un médiateur médecin ou non médecin peut être saisi pour rencontrer, informer et conseiller un usager qui s'estimerait victime d'un préjudice lié à son hospitalisation, ou son représentant légal, ou ses ayants droit.

Dans l'hypothèse ou un usager saisirait spontanément un médiateur, il appartiendrait à celui-ci d'en informer sans attendre le Directeur.

Le médiateur médecin traite des plaintes ou réclamations qui mettent en cause exclusivement l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service. Le médiateur non médecin traite des plaintes ou réclamations étrangères à ces questions. En cas de demande de réponses relevant des deux médiateurs, ces derniers sont saisis simultanément.

Le médiateur médecin et son suppléant sont désignés par le directeur de l'hôpital parmi les médecins exerçant ou ayant exercé au sein du Centre Hospitalier Annecy Genevois. Un suppléant est désigné dans les mêmes conditions.

Le médiateur non médecin et son suppléant sont désignés par le Directeur parmi le personnel non médecin exerçant dans l'établissement, à l'exception du responsable de la politique qualité, qui ne peut occuper cette fonction.

Le médiateur rencontre le patient, **lorsque** ce dernier en fait la demande. Il peut également rencontrer ses proches lorsqu'il l'estime utile ou à leur demande. Lorsqu'il souhaite consulter un dossier médical, il demande l'accord écrit du patient ou de son représentant légal ou de ses ayants droit en cas de décès.

Le médiateur médecin peut de plus consulter le dossier médical et demande pour cela l'accord écrit du patient ou de son représentant légal ou de ses ayants droits en cas de décès.

Les missions du médiateur sont :

- de compléter l'information, expliquer d'éventuels malentendus,
- informer sur les modalités du recours gracieux,
- indiquer au plaignant les voies de recours judiciaires possibles, si les démarches amiables ont échoué.

Le médiateur rend compte de son action au directeur de l'hôpital, au Président de la Commission Médicale d'Etablissement. Ce dernier transmettra à la Commission des Usagers la plainte ou la réclamation éventuelle.

SOUS-SECTION 3 – Dons du sang et transfusions sanguines

Article 136 – Transfusions sanguines

Les malades dont l'état nécessite l'administration de produits sanguins pourront être transfusés avec des produits homologués fournis par l'Etablissement Français du Sang.

Les malades devant subir une intervention chirurgicale programmée à court terme et pour laquelle les besoins en sang sont bien définis, peuvent, s'ils ne présentent pas de contre-indications spécifiques, se faire prélever leur propre sang qui leur sera transfusé ultérieurement. Dans le cadre de cette transfusion dite autologue, le sang est conservé par le site transfusionnel de l'hôpital et est exclusivement réservé aux malades concernés. Si la quantité de sang prélevée se révèle insuffisante, la transfusion sera complétée avec du sang provenant d'autres donneurs.

En revanche, il n'est pas possible pour les malades de sélectionner un donneur parmi leurs proches ou leurs relations, cette pratique étant contraire à la règle de l'anonymat qui préside au don du sang.

Au cours de son séjour hospitalier, le patient auquel a été administré un produit sanguin labile en est informé par écrit. L'information est communiquée, pour les mineurs, aux titulaires de l'autorité parentale et, pour les majeurs protégés, à la personne qui exerce la tutelle.

Un suivi transfusionnel est effectué pour tout patient transfusé.

Article 137 – Sécurité transfusionnelle

Les médecins doivent prescrire aux malades les produits les plus adaptés et les plus sûrs au regard de leur pathologie. Ils doivent s'assurer que la nature et le numéro des produits effectivement administrés l'ont bien été aux malades auxquels ils étaient destinés et qu'ils ont été dûment enregistrés sur la fiche transfusionnelle de suivi.

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

Au cas où serait diagnostiquée, chez un malade, une pathologie susceptible d'être corrélée à une transfusion, le correspondant d'hémovigilance de l'hôpital en informe immédiatement le correspondant d'hémovigilance de l'établissement de transfusion fournisseur du produit sanguin, en lui spécifiant les références des produits administrés.

L'hôpital doit faire en sorte, soit directement, soit par l'intermédiaire du médecin traitant, que le malade dont il gère le dossier médical et qui est impliqué dans une enquête transfusionnelle bénéficie, dans un premier temps, des contrôles nécessaires et soit, par la suite, tenu informé de sa situation.

L'hôpital doit établir une fiche transfusionnelle pour chaque malade qui bénéficie d'une transfusion sanguine. Cette fiche est versée au dossier médical du malade.

SOUS-SECTION 4 – Dispositions relatives aux recherches biomédicales, aux dons et aux prélèvements d'éléments du corps humain

Article 138 – Dispositions spécifiques à la recherche biomédicale

Les médecins et les chirurgiens-dentistes peuvent proposer aux patients de participer à une recherche biomédicale.

La loi protège les personnes qui se prêtent à ces recherches et définit les conditions de leur déroulement. Elle prévoit que l'intérêt du patient doit toujours primer sur les seuls intérêts de la science et de la société.

Avant de réaliser une recherche sur une personne, tout investigateur est tenu d'en soumettre le projet à l'avis du Comité de Protection des Personnes (CPP).

Sous réserve de dispositions légales spécifiques, aucune expérimentation ne peut être menée sans l'accord de la personne concernée. Le consentement libre, éclairé et exprès du patient ou le cas échéant de son représentant légal doit toujours être recueilli. Il doit être consigné par écrit, après que le médecin investigateur a informé la personne complètement et précisément, selon les modalités prévues par la loi. Des dispositions protectrices spécifiques sont prévues par la loi pour les personnes majeures sous tutelle, sous curatelle ou sous sauvegarde de justice, ainsi que celles hors d'état d'exprimer leur consentement et ne faisant pas l'objet d'une mesure de protection juridique.

Les malades ou, le cas échéant, leurs représentants légaux, sont toujours libres de refuser leur participation à des recherches biomédicales ou de mettre fin, à tout moment à cette participation.

Le directeur du CHANGE et le ministre de la santé doivent toujours être informés de la nature et des modalités des recherches entreprises.

Article 139 – La coordination hospitalière de prélèvement des organes et des tissus

La coordination hospitalière des prélèvements d'organes et de tissus est chargée de recenser les donneurs potentiels d'organes et de tissus ainsi que de promouvoir le don d'organes. Elle réalise les prélèvements d'organes et de tissus, s'assure de la qualité et de la traçabilité de ces prélèvements.

L'action de la coordination hospitalière de prélèvement des organes et des tissus est soumise à **autorisation** par l'agence régionale de santé, **après avis de l'Agence de la biomédecine**

La coordination hospitalière de prélèvement des organes et des tissus est rattachée à l'unité médicale de réanimation. Elle est composée de médecins, d'infirmiers et de cadres de santé issus de différents services. Elle est dirigée par un médecin coordinateur désigné par la CME.

Elle se réunit une fois par mois et produit un rapport d'activité annuel. Il est communiqué à la CME. et à la direction de l'établissement. Ce rapport est également présenté à l'agence de biomédecine.

Article 140 – Modalités générales des prélèvements d'éléments du corps humain et de la collecte de ses produits

Le prélèvement d'éléments du corps humain et la collecte de ses produits ne peuvent être pratiqués sans le consentement du donneur. Le consentement est révocable à tout moment.

Le consentement de la personne vivante sur laquelle peut être effectué un prélèvement d'organe en vue d'un don, est formalisé devant le tribunal de grande instance ou recueilli, en cas d'urgence, par le procureur de la République, dans les conditions définies par la loi. Ce consentement est révocable à tout moment et sans condition de forme.

Aucun prélèvement d'organe, de tissus, de cellules, aucune collecte de produits du corps humain en vue de dons ne peut avoir lieu sur une personne vivante mineure ou sur une personne vivante majeure faisant l'objet d'une mesure de protection légale. Toutefois, un prélèvement de moelle osseuse peut être effectué sur un mineur au bénéfice de son frère ou de sa sœur avec les garanties et dans les conditions définies par la loi.

Article 141 – Modalités générales des prélèvements à but scientifique et à but thérapeutique sur un malade décédé

Un prélèvement d'organes ou de tissus dans un but scientifique ou thérapeutique ne peut être pratiqué sur un malade décédé que dans le cas où celui-ci n'aurait pas fait connaître de son vivant son refus d'un tel prélèvement.

Les malades qui entendent s'opposer à un tel prélèvement peuvent faire connaître leur refus par tout moyen. Ils doivent être tenus informés du droit qui leur est ouvert d'exprimer ainsi leur refus et des modalités d'expression de ce refus. Ce dernier peut notamment résulter :

- de l'indication par le patient de sa volonté sur le registre national automatisé prévu à cet effet ;
- d'une déclaration orale émanant directement du malade ;
- d'un écrit (lettre, mention sur un document de toute nature) ;
- de la déclaration de toute personne ayant recueilli l'expression du refus du malade.

Si le médecin qui envisage d'effectuer un prélèvement n'a pas directement connaissance de la volonté du malade décédé, il doit s'efforcer de recueillir le témoignage de sa famille et consulter le registre national de refus.

Aucun prélèvement d'organe ne peut être effectué sans l'autorisation préalable du directeur de l'hôpital ou, en cas d'empêchement ou d'absence, de l'administrateur de garde qui certifie ainsi qu'il n'a pas connaissance d'une opposition du malade.

Article 142 – Dispositions particulières applicables aux prélèvements effectués sur certaines catégories de personnes décédées

L'autorisation écrite de chacun des titulaires de l'autorité parentale est obligatoire avant tout prélèvement effectué à des fins thérapeutiques sur un mineur. Cette autorisation écrite est requise du représentant légal lorsque le prélèvement est effectué sur un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique.

Les prélèvements sur les personnes décédées de mort violente ou suspecte ne peuvent avoir lieu qu'avec l'accord du procureur de la République.

Des précautions spéciales s'imposent lorsque la personne sur laquelle un prélèvement est envisagé a été victime d'un accident de la route ou d'un accident du travail ou qu'elle a été reconnue atteinte d'une maladie professionnelle. Il appartient alors au praticien qui envisage d'effectuer le prélèvement d'apprécier, dans chaque cas, si ce dernier peut être effectué sans gêner ou limiter l'efficacité d'une expertise ultérieure, afin de préserver les intérêts des ayants droit et des organismes de sécurité sociale. Il en tient informé le procureur de la République.

Article 143 – Modalités spécifiques des prélèvements à but scientifique

Pour tout prélèvement à but scientifique, le consentement préalable du patient est nécessaire (sauf dans le cas de l'autopsie à caractère médico-légal). Ce consentement peut être présumé en cas de prélèvements en vue de rechercher les causes du décès. Dans les autres cas, il doit avoir été exprimé directement par l'intéressé de son vivant ou par le témoignage de sa famille. Dans tous les cas, la famille doit être informée de la réalisation des prélèvements.

Lorsque le défunt est un mineur, le consentement doit être exprimé par les titulaires de l'autorité parentale.

Lorsque le défunt est un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique, le consentement doit être exprimé par le représentant légal.

SECTION 5 – CONDITIONS DE SEJOUR DU MALADE A L'HOPITAL

SOUS-SECTION 1 – Principes régissant le séjour

Article 144 – Règles générales

La vie hospitalière requiert du malade le respect d'une certaine discipline qui s'exerce dans son intérêt propre et dans l'intérêt des autres malades.

Les malades doivent notamment veiller à ne pas gêner, par leurs comportements ou leurs propos, les autres malades ou le fonctionnement du service.

Ils doivent observer une stricte hygiène corporelle. Ils doivent être vêtus de façon décente au cours de leurs déplacements dans l'enceinte de l'hôpital.

Ils doivent respecter le bon état des locaux et objets qui sont à leur disposition. Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du malade pour motif disciplinaire.

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

Article 145 – Dépôt des objets de valeur

Dès sa préadmission à l'hôpital et au plus tard lors de son admission, le malade ou ses représentants légaux est informé oralement et par écrit du régime de responsabilité de l'établissement en cas de vol, perte ou détérioration d'un objet lui appartenant, selon qu'il a été déposé ou non, conformément aux dispositions de la loi du 6 juillet 1992 et du décret du 27 mars 1993.

Le malade est invité à n'apporter à l'hôpital que les objets strictement utiles à son hospitalisation. Il est informé qu'il peut au moment de son admission déposer ses valeurs, moyens de paiement et bijoux auprès du régisseur de l'hôpital et qu'il ne doit conserver auprès de lui que les objets de faible valeur.

Il est remis au malade un reçu, inventaire des objets déposés entre les mains du régisseur et des objets qu'il est autorisé à conserver sous la responsabilité de l'hôpital. Un second exemplaire de ce reçu est versé au dossier administratif du malade.

Sous réserve de l'accomplissement de ces formalités, l'hôpital est responsable de plein droit du vol, de la perte ou de la détérioration des objets mentionnés sur le reçu, inventaire, dans la limite d'un plafond fixé par référence au plafond de la Sécurité sociale.

Toutefois cette limitation ne s'applique pas lorsque le vol, la perte ou la détérioration résultent d'une faute de l'établissement ou de ses personnels.

Pour les objets non confiés par le malade, l'hôpital n'est responsable de leur vol, perte ou détérioration qu'en cas de faute établie de l'établissement ou de ses personnels.

L'hôpital n'est pas responsable lorsque la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose ou lorsque le dommage était nécessaire à la réalisation d'un acte médical ou d'un acte de soins.

Article 146 – Horaires quotidiens du séjour hospitalier

Le séjour hospitalier est organisé selon les horaires qui tiennent compte des besoins individuels des malades.

Les horaires des visites sont affichés à l'entrée des services médicaux concernés.

Article 147 – Service des repas

Les repas sont servis soit individuellement, au lit du malade, soit collectivement, dans les locaux spécialement affectés à cet usage.

Dans la mesure du possible, le choix entre plusieurs menus est donné aux malades.

Un repas peut être servi aux visiteurs, à leur demande et moyennant paiement. Dans ce cas, la facturation est établie sur la base d'un tarif forfaitaire fixé chaque année par le Centre Hospitalier Annecy Genevois, en fonction du coût réel des prestations fournies.

Article 148 – Autorisations de sortie au cours de l'hospitalisation

Les malades peuvent, en fonction de leur état de santé et de la longueur de leur séjour, bénéficier de permission de sortie d'une durée maximale, sauf cas exceptionnel, de quarante-huit heures, à laquelle sont rajoutés les délais de route.

Ces permissions de sortie sont données, sur avis favorable du responsable de la structure interne, par le directeur. Les horaires de départ et de retour et, le cas échéant, l'identité de l'accompagnant doivent être notés dans le service.

Lorsqu'un malade qui a été autorisé à quitter l'hôpital ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, l'administration le porte sortant, sauf cas de force majeure, et il ne peut être admis à nouveau que dans la limite des places disponibles.

Pour les malades relevant d'une hospitalisation en psychiatrie sans consentement, les autorisations de sortie sont régies par des règles spécifiques.

Pour les patients mineurs les autorisations de sortie sont décrites aux articles 102 et 103 du présent règlement.

Article 149 – Exercice des cultes

Les malades doivent pouvoir participer à l'exercice du culte de leur choix. Les sites d'Annecy et de Saint-Julien disposent d'un lieu de prière et de recueillement ouvert aux différentes confessions. Les ministres des différents cultes, agréés par le directeur de l'hôpital, sont à la disposition des malades, sur simple demande de leur part.

Les relations entre le CHANGE et ces représentants sont structurées par convention.

SOUS-SECTION 2 - Service social

Article 150 – Composition et missions du service social

Le service social a pour mission de faciliter sous tous les aspects la vie des patients à l'hôpital, de rechercher et de proposer les actions nécessaires à l'accès et aux soins, à la réinsertion sociale, familiale, professionnelle et scolaire.

Il est à la disposition des malades, des familles et des proches au sein de l'hôpital. Il participe à la prévention, au dépistage et au traitement des répercussions familiales, économiques et psychologiques inhérentes à la maladie, au handicap et à l'âge.

Les assistants de service social favorisent le maintien ou l'accès aux droits sociaux et participent à la régularisation des difficultés administratives ou juridiques.

Ils aident à la mise en place des procédures de protection des personnes et des biens, lorsqu'elles s'avèrent nécessaires.

Ils préparent, en collaboration avec les autres intervenants, le maintien ou le retour à domicile. Ils organisent l'admission dans une structure sanitaire ou sociale adaptée à la situation particulière des malades qui la nécessitent, en vue d'un séjour soit temporaire, soit de longue durée.

SOUS-SECTION 3 – Accès des personnes étrangères à l'hôpital

Article 151 – Visites

Le droit aux visites fait l'objet de dispositions arrêtées par le directeur sur avis des responsables de structures internes ou unités fonctionnelles médicales concernés. Le directeur en définit les horaires et les modalités, en précisant notamment le nombre maximum de visiteurs admis dans une chambre. En dehors des horaires prévus, des autorisations peuvent être délivrées nominativement, pour des motifs exceptionnels, par le directeur (avec délégation éventuelle aux cadres de santé), avec l'accord du responsable de structure internes ou unité fonctionnelle médicale.

Le droit aux visites peut être restreint :

- pour des motifs liés à l'état des malades. Ces restrictions, par lesquelles les visites sont susceptibles d'être interdites ou limitées en nombre et en durée, peuvent notamment concerner l'accès aux services hospitaliers de visiteurs mineurs de moins de 15 ans et l'accès des visiteurs à des malades hospitalisés dans certains services ou unités spécialisées ;
- pour les malades placés sous surveillance de la police ou de la gendarmerie.

Les malades peuvent demander au cadre de santé responsable du service de ne pas permettre aux personnes qu'ils désigneront d'avoir accès auprès d'eux.

Article 152 – Recommandations aux visiteurs

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des malades, ni gêner le fonctionnement du service. Ils peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des malades ou des salles d'hospitalisation pendant l'exécution des soins et examens pratiqués sur les malades.

Les visiteurs doivent garder une tenue correcte, éviter de provoquer tout bruit intempestif, notamment par leur conversation ou en faisant fonctionner des appareils sonores. Ils doivent respecter strictement l'interdiction de fumer.

Il est interdit aux visiteurs d'introduire dans les salles ou les chambres de malades des médicaments, sauf accord exprès du médecin, et, dans tous les cas, des boissons alcoolisées ou des produits toxiques de quelque nature qu'ils soient.

Il est veillé, dans l'intérêt du malade, à ce que ne lui soient pas remises des denrées ou des boissons, même non alcoolisées, incompatibles avec son régime alimentaire. Le cas échéant, les produits introduits en fraude peuvent être détruits à la vue du malade ou de sa famille.

Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, le personnel hospitalier peut interrompre immédiatement la visite. Le directeur peut décider de la reconduite du visiteur à l'extérieur, si nécessaire, de son expulsion par la police ou la gendarmerie et du dépôt de plainte à son encontre.

Article 153– Stagiaires extérieurs

Les stages organisés pour les étudiants et professionnels au sein de l'hôpital doivent faire l'objet d'une convention entre le CHANGE et l'organisme dont dépend le stagiaire.

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

Article 154 – Associations de bénévoles

Les associations qui proposent, de façon bénévole, des activités au bénéfice des malades au sein de l'hôpital doivent, préalablement à leurs interventions, obtenir l'autorisation du directeur et lui fournir une liste limitative des personnes qui interviendront au sein de l'hôpital. L'accès auprès des malades est subordonné à l'accord de ces derniers ; le cas échéant, le médecin responsable de structure peut s'opposer à des visites ou à des activités de ces associations pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation du service.

Les personnes bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin. Ils doivent être identifiés par un badge, mentionnant leur nom et celui de l'association au titre de laquelle ils interviennent.

Article 155 – Accès des professionnels de la presse

L'accès des professionnels de la presse (journalistes et photographes) et les modalités d'exercice de leur profession au sein de l'hôpital doivent préalablement faire l'objet d'une information au directeur de l'hôpital. Il est conditionné à une autorisation écrite du directeur, après avis du responsable de structure interne concerné.

L'accès des professionnels de la presse auprès d'un patient est subordonné au consentement libre et éclairé de ce dernier et, pour les mineurs et majeurs protégés, à l'accord du ou des titulaires de l'autorité parentale. Ce consentement doit être recueilli par écrit par le professionnel concerné. Les images des patients sont prises sous l'entière responsabilité des professionnels de la presse ; le Centre Hospitalier Annecy Genevois ne saurait en aucune manière être appelé en garantie en cas de litige consécutif à leur utilisation.

Article 156 – Gardes privées

L'autorisation d'avoir une garde privée doit être demandée par écrit par le patient ou sa famille. Elle est subordonnée au double accord du médecin chef de service et du directeur qui peuvent l'un ou l'autre, à tout moment, annuler cette décision.

La personne autorisée à se tenir en permanence auprès du malade ne doit effectuer aucun soin.

Les frais éventuels occasionnés par cette garde restent à la charge du demandeur. Cette précision doit être mentionnée sur l'autorisation.

Article 157 – Interdiction d'accès aux démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs

L'accès au sein de l'hôpital des démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs est interdit, sauf autorisation écrite du directeur.

S'ils pénètrent, sans autorisation écrite du directeur, dans les chambres et les locaux hospitaliers dans l'intention d'y exercer leur activité, ils doivent être immédiatement reconduits à l'extérieur ou si nécessaire exclus.

Aucune enquête notamment téléphonique ne peut être menée auprès des patients sans l'accord du directeur de l'hôpital. Les patients ne peuvent en aucun cas être tenus d'y répondre.

Article 158 – Intervention d'un notaire

Quand un malade hospitalisé sollicite l'intervention d'un notaire, celui-ci peut se rendre auprès du malade, quel que soit son état de santé, sans avoir à demander l'autorisation de la direction.

Il lui appartient d'apprécier, sous sa responsabilité, la capacité de son client à accomplir des actes juridiques. Tout abus pouvant être constitutif d'une faute professionnelle relèverait de la seule compétence de l'autorité judiciaire.

SOUS-SECTION 4 – Règles diverses

Article 159 – Neutralité du service public

Toute personne est tenue au sein de l'hôpital au respect du principe de neutralité du service public dans ses actes comme dans ses paroles.

Conformément à ce principe :

- les visites des élus dans l'enceinte de l'hôpital ne peuvent donner lieu à aucune manifestation présentant un caractère politique ;
- les membres du conseil de surveillance du Centre Hospitalier Annecy Genevois ne peuvent effectuer des visites au sein de l'hôpital que lorsqu'ils sont mandatés à cet effet ;
- les signes d'appartenance religieuse, quelle qu'en soit la nature, ne sont pas tolérés au sein de l'hôpital, qu'ils soient arborés individuellement ou collectivement par les malades, leurs familles ou les personnels, dès lors que ces signes constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande ou qu'ils perturbent le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public ;
- les réunions publiques, de quelque nature qu'elles soient, sont interdites au sein de l'hôpital, sauf autorisation expresse du directeur.

Article 160 – Respect de la personne et de son intimité

Le respect de l'intimité du malade doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré- et post-opératoires, des radiographies, des brancardages et d'une manière générale à tout moment de son séjour hospitalier.

Les malades hospitalisés ne peuvent être amenés à participer à des représentations de cas destinées à des étudiants ou stagiaires sans avoir donné au préalable leur consentement. Il ne peut être passé outre leur refus.

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

Le tutoiement et toute forme de familiarité avec les malades sont proscrits, sauf en cas d'accord explicite de ces derniers.

L'hôpital prend les mesures qui assurent la tranquillité des malades et réduisent au mieux les nuisances liées notamment au bruit et à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil.

Article 161 – Droits civiques

En application des dispositions du code électoral, les patients qui sont hospitalisés et qui, en raison de leur état de santé ou de leur condition physique, sont dans l'impossibilité de se déplacer le jour d'un scrutin, peuvent exercer au sein de l'hôpital leur droit de vote par procuration. Une demande doit être effectuée à cet effet, pour chaque procuration demandée, auprès d'un officier de police judiciaire ou de son délégué dûment habilité.

Un mariage peut être célébré à l'hôpital dans deux situations :

- en cas d'empêchement grave, sur réquisition du Procureur de la République autorisant l'officier d'état civil de se transporter à l'hôpital pour célébrer le mariage d'une personne hospitalisée.
- en cas de péril imminent de mort de l'un des futurs époux, l'officier d'état-civil de la commune peut se transporter à l'hôpital avant toute réquisition ou autorisation du Procureur de la République, auquel il devra ensuite, dans un délai court, rendre compte de la nécessité de cette célébration hors de la maison commune.

Article 162 – Prestataires de services au sein de l'hôpital

Le directeur établit la liste des prestations de service proposées aux malades au sein de l'hôpital et en définit les conditions d'accès et d'exploitation.

Il veille à ce que l'ensemble de ces prestations soit mentionné dans le livret d'accueil.

Article 163 – Interdiction des pourboires

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

Article 164 – Effets personnels

Les malades doivent prévoir pour leur séjour à l'hôpital du linge personnel et un nécessaire de toilette.

Le linge personnel doit être compatible avec les nécessités de traitement du malade. Sauf dans les unités de soins de longue durée, son entretien n'incombe pas à l'hôpital et sa conservation obéit aux règles de responsabilité définies par la loi du 6 juillet 1992.

En cas de nécessité, l'hôpital met à la disposition des patients, pour la durée de leur hospitalisation, des vêtements appropriés.

Article 165 – Produits psychoactifs

L'introduction, la consommation, l'acquisition ou la cession de produits psychoactifs tels que l'alcool ou les produits stupéfiants sont strictement interdites au sein du CHANGE, sauf utilisation médicale d'un produit psychoactif dans le cadre d'un traitement, sur prescription et sous surveillance médicale. Les règles concernant la consommation de tabac sont prévues à l'article 59 du présent règlement.

Les sanctions applicables sont prévues par le code pénal.

En cas de découverte fortuite ou de remise volontaire de produits stupéfiants, l'usager est informé du fait que ces produits seront remis sans mention de son nom aux autorités compétentes par le directeur de l'établissement.

Article 166 – Courrier

Le courrier est distribué quotidiennement en fin de matinée. Une boîte aux lettres pour les envois postaux est à disposition des personnes hospitalisées dans le hall d'accueil central.

Les mandats, lettres ou paquets recommandés sont remis personnellement aux intéressés ; ils sont remis en dépôt à la direction ou au mandataire judiciaire à la protection des majeurs si le malade ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales.

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

Article 167 – Téléphone, télévision, Internet

Prestation téléphone, télévision, internet dans les services MCO

Sur le site d'Annecy

La réception d'appels téléphoniques est gratuite et le patient dispose d'un numéro direct. A sa demande, il peut bénéficier d'une ligne téléphonique permettant l'accès au réseau téléphonique. Pour cela, il doit s'adresser à l'hôtesse de la société prestataire du téléphone, de la télévision et de l'internet dans le hall d'accueil central pour s'acquitter d'une avance forfaitaire remboursable représentant le montant de ses communications.

Le téléphone peut être couplé dans une offre globale intégrant la télévision et l'accès internet.

Un écran multimédia est installé au chevet de chaque lit. Il sert à téléphoner, regarder la télévision, visionner des films à la demande, écouter la radio, jouer ou encore écouter des livres parlés. Il permet également de surfer sur le web. Il fournit de nombreuses informations sur l'établissement et son fonctionnement.

Des casques audio peuvent être mis à disposition des utilisateurs.

L'écran multimédia est aussi utile pour les soins car il permet aux professionnels de santé de l'établissement l'accès au dossier de chaque patient.

Sur le site de Saint Julien

Le patient peut bénéficier d'une ligne téléphonique en formulant sa demande auprès du standard qui communique un code personnel et un numéro d'appel. A l'ouverture de la ligne, un droit d'accès non remboursable et un crédit de communication sont enregistrés sur le compte du patient. A l'épuisement de ce crédit, il se présente à la caisse pour régler le forfait d'accès et de communication initial et renouveler son besoin de crédit. A sa sortie, le patient se présente à la caisse pour régulariser sa facture téléphonique.

Il bénéficie de l'accès gratuit à la télévision installée dans les chambres.

Article 168 – Fixation et diffusion de l'image d'autrui

Les patients, les visiteurs et tout autre tiers ont l'interdiction absolue de capter l'image d'un personnel du CHANGE, identifiable par ses traits ou signes distinctifs.

Les agents du CHANGE peuvent autoriser de façon expresse les patients, les visiteurs et tout autre tiers à capter leur image. La diffusion des images ou séquences vidéos de personnels du CHANGE qui auraient consenti à la captation de leur image doit elle aussi faire l'objet d'une autorisation expresse de la personne concernée, quel que soit le support de diffusion (site internet, blog, forum de discussion, messagerie…). La personne peut déterminer l'usage de son image, en choisissant le mode de diffusion ainsi que la publicité ou non de la diffusion.

La captation et diffusion de l'image d'une personne sans son accord est susceptible d'engager la responsabilité civile ou pénale de la personne ayant fixé et/ou diffusé l'image.

SECTION 6 – SORTIE DES PATIENTS

Article 169 – Compétence du directeur en matière de sortie

Lorsque l'état du malade ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'hôpital, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin ; le directeur ou son représentant dûment habilité mentionne la sortie sur la fiche individuelle du malade.

Il signale la sortie d'un militaire au chef de corps ou, à défaut, à la gendarmerie.

Le cas échéant, sur proposition médicale et en accord avec le malade et sa famille, il prend toutes les dispositions en vue du transfert immédiat du malade dans un établissement de soins de suite ou de réadaptation ou de soins de longue durée adapté à son cas.

Dans l'hypothèse d'un patient ou d'une famille refusant la décision de sortie prononcée par le directeur, les tarifs journaliers de prestations fixés par arrêté du Directeur général de l'ARS ainsi que le forfait journalier seront à la charge de la personne hospitalisée.

Article 170 – Modalités de la sortie

La sortie donne lieu à la remise au malade d'une copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins ou, si le patient en fait la demande, ces éléments sont transmis au praticien que lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désigné, dans un délai de huit jours maximum.

En cas de nécessité médicale, une prescription de transport sanitaire (par ambulance ou tout autre transport sanitaire) peut être établie, lors de la sortie, par un médecin hospitalier. Cette prescription peut, le cas échéant, permettre la prise en charge du transport par un organisme de protection sociale. Dans le cas où le coût du transport est à la charge du malade, celui-ci dispose du libre choix de l'entreprise qui assure le transport. L'hôpital tient à la disposition des malades la liste complète des entreprises de transport agrées du département.

Tout malade reçoit lors de son admission un questionnaire d'évaluation du séjour ; il peut déposer ce questionnaire auprès du cadre de santé du service ou de l'administration de l'hôpital sous pli cacheté et, s'il le désire, sous une forme anonyme. Ces questionnaires sont conservés et peuvent être consultés par les directeurs et inspecteurs des affaires sanitaires et sociales et par les médecins inspecteurs départementaux et régionaux de la santé.

Article 171 – Sortie contre avis médical

A l'exception des mineurs et des personnes en soins psychiatriques hospitalisées sans consentement, les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'hôpital.

Toutefois, si le médecin estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, cette sortie est effectuée dans le respect d'une procédure particulière.

Le malade doit alors signer une attestation de refus de soins consignant sa volonté de sortir contre avis médical et sa connaissance des risques éventuels ainsi encourus. En cas de refus de signer ce document, un procès-verbal est établi est signé par deux soignants ; il atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants. Le dossier médical est renseigné.

Si la sortie contre avis médical est demandée pour un mineur par son représentant légal, le médecin responsable du service peut saisir le procureur de la république afin de provoquer les mesures d'assistance qu'il juge nécessaires.

Les modalités de la sortie sont consignées dans le dossier médical. Le dossier médical est renseigné.

Article 172 – Sortie à l'insu du service

Au cas où un malade aurait quitté l'hôpital sans prévenir et que les recherches entreprises pour le retrouver sont demeurées vaines, le directeur ou son représentant dûment habilité doit prévenir la gendarmerie ou la police s'il s'agit d'une personne mineure, d'une personne majeure hospitalisée sans son consentement ou d'une manière générale, si la situation l'exige. Il doit également informer sans délai la famille ou le représentant légal du malade.

La procédure interne relative aux disparitions inquiétantes d'un patient est également mise en œuvre.

La sortie du malade est prononcée le jour où il a quitté l'hôpital, à minuit.

Article 173 – Sortie des nouveau-nés

L'enfant quitte l'hôpital en même temps que sa mère, sauf en cas de nécessité médicale, notamment pour les enfants prématurés ou en cas de force majeure. Ces cas sont constatés par le médecin responsable du service.

Article 174 – Sortie disciplinaire

La sortie des malades peut, hors les cas où leur état de santé l'interdirait, être prononcée par le directeur, en application de son pouvoir de police administrative, après avis médical, par mesure disciplinaire fondée sur le constat d'un manquement grave aux dispositions du présent règlement intérieur.

Pour les mêmes motifs et suivant les mêmes procédures, le directeur peut également organiser le transfert des malades dans un autre service ou dans un autre établissement.

Dans ces circonstances, une proposition alternative de soins est au préalable faite au malade afin d'assurer la continuité des soins.

SECTION 7 – FRAIS DE SEJOUR ET VENTE DE MEDICAMENTS

Article 175 – Principe du paiement

Toute journée d'hospitalisation est facturable ; elle doit être payée au centre hospitalier Annecy Genevois (ou trésorerie hospitalière) par le malade ou par un tiers payeur.

Article 176 – Tarifs des prestations

Les tarifs des prestations sont fixés annuellement chaque année par arrêté de l'Agence Régionale de Santé et peuvent être révisés en cours d'exercice.

Article 177 – Forfait journalier

Le forfait journalier est fixé chaque année par arrêté interministériel et représente une contribution forfaitaire du malade à ses frais de séjour.

Le forfait journalier n'est pas compris dans les tarifs de prestations : il est toujours facturable en sus.

Il obéit à des règles particulières de facturation qui varient suivant les conditions de prise en charge du séjour.

Conformément à la réglementation, la demande d'installation dans une chambre particulière, en l'absence de prescription médicale imposant l'isolement, donne lieu à un paiement d'un supplément qui peut être pris en charge par la mutuelle mais en aucun cas par l'assurance maladie.

Le directeur veille à ce que le malade soit informé de ces règles.

Article 178 – Paiement des frais de séjour et provisions

Le paiement est obligatoire avant la sortie de l'hôpital.

Dans le cas où les frais de séjour ne sont pas pris en charge par un organisme d'assurance maladie ou par tout autre organisme, les intéressés ou, à défaut, leur famille ou un tiers responsable doivent souscrire un engagement de payer les frais de séjour dès l'admission.

Ils sont tenus, sauf dans les cas d'urgence, de verser au moment de leur entrée au sein de l'hôpital une provision renouvelable, calculée sur la base de la durée estimée du séjour. En cas de sortie avant l'expiration du délai prévu, la facturation dépassant le nombre de jours de présence est restituée.

Sauf en cas d'urgence médicalement constatée, les malades étrangers non-résidents sont tenus au dépôt d'une provision égale à la totalité des frais prévisibles de leur hospitalisation, sauf s'ils remettent un document attestant la prise en charge par les autorités ou organismes sociaux de leur pays d'origine, et accepté par le Centre Hospitalier Annecy Genevois.

En cas de non-paiement des frais de séjour, la trésorerie hospitalière exerce des poursuites contre les malades, leurs débiteurs ou les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

Article 179 – Prestations fournies aux accompagnants

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

Cependant, la mise à disposition d'un lit d'accompagnant ne donne pas lieu à facturation pour les personnes assistant un enfant de moins de 16 ans (notamment en chambre mère-enfant) ou une personne en fin de vie.

Article 180 – Vente de médicaments de la réserve hospitalière et rétrocession

La pharmacie à usage intérieur du CHANGE peut procéder à la rétrocession, c'est-à-dire à la vente de médicaments uniquement disponibles en pharmacie hospitalière à des patients de ville.

Les patients, qui ont une prescription spécifique pour se voir délivrer ces médicaments de la réserve hospitalière, doivent se rendre sur le site de la pharmacie à usage intérieur du CHANGE.

Les médicaments uniquement disponibles en pharmacie hospitalière ont des tarifs arrêtés par le ministère de la santé.

SECTION 8 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX NAISSANCES ET DECES

SOUS-SECTION 1 – Dispositions relatives aux naissances

Article 181 – Déclaration de naissance

La déclaration de naissance est faite par les parents, ou à défaut par un agent du Centre hospitalier en charge de l'état civil, via un système d'enveloppes acheminées par le service courrier du CHANGE vers le service d'état civil de la mairie de Metz-Tessy. Cette déclaration est effectuée conformément aux dispositions du code civil, dans les cinq jours suivant l'accouchement. A Saint-Julien-en-Genevois, cette déclaration est faite directement à la mairie.

Article 182 – Déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale

Lorsqu'un enfant est né vivant et viable mais qu'il est décédé avant l'établissement d'une déclaration de naissance, le médecin responsable doit établir un certificat médical attestant que l'enfant est né vivant et viable en indiquant les dates et heures de sa naissance et de son décès. L'officier d'état civil établira, au vu de ce certificat, un acte de naissance et un acte de décès.

En l'absence de certificat médical attestant que l'enfant est né vivant et viable, l'officier d'état civil établit un acte d'enfant sans vie, inscrit sur le registre de décès. La délivrance d'un acte d'enfant sans vie est conditionnée à la production d'un certificat médical d'accouchement défini par la circulaire ministérielle du 19 juin 2009.

La déclaration d'enfant sans vie est établie dans les conditions prévues à l'article 79-1 du code civil. Elle est enregistrée sur le registre des décès de l'hôpital et sur le cahier d'accouchement.

SOUS-SECTION 2 – Dispositions relatives aux décès

Article 183 – Attitude à suivre à l'approche du décès

Lorsque l'état du malade s'est aggravé et qu'il est en danger de mort, la famille ou les proches du malade doivent être prévenus sans délai par un agent du service d'hospitalisation, dûment habilité et par tout moyen approprié, de l'aggravation de son état.

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

Lorsque le retour au domicile n'a pas été demandé, il est transporté, dans la mesure du possible et avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle du service.

La famille ou les proches peuvent demeurer auprès de lui et l'assister dans ses derniers instants ; ils peuvent prendre leur repas au sein de l'hôpital et y demeurer en dehors des heures de visite. La mise à disposition par l'hôpital d'un lit d'accompagnant ne donne pas lieu à facturation. En revanche, les repas fournis par l'hôpital sont à la charge des personnes qui en bénéficient.

Article 184 – Annonce du décès

Les décès sont constatés, conformément aux dispositions du code civil, par un médecin de l'hôpital.

Cette constatation effectuée, la famille ou les proches du malade sont prévenus du décès dès que possible et par tout moyen.

Une notification du décès est faite :

- pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche ;
- pour les militaires, à l'autorité militaire compétente ;
- pour les mineurs relevant d'un service départemental d'aide sociale à l'enfance, au directeur de ce service ;
- pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, au directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne gardienne du mineur ;
- pour les majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection légale, au représentant légal ;
- pour les personnes non identifiées, aux services de police ou de gendarmerie

Article 185 – Formalités entourant le décès

Dès que le décès est constaté, le service de soins procède à la toilette du malade décédé avec toutes les précautions convenables et dans le respect de ses croyances.

Le personnel infirmier :

- dresse l'inventaire de tous ses objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clés, etc., que possédait le malade décédé ;
- vérifie la lisibilité du bracelet d'identification ;
- renseigne et signe la fiche de liaison destinée à la chambre mortuaire

Le décès doit être constaté par un médecin :

- un certificat de décès est rédigé par voie électronique, atteste de la présence ou non d'un obstacle médico-légal et que le défunt n'était pas atteint par l'une des infections transmissibles (articles R 2213-2-1 CGCT et D 3113.6 et D 3113.7 CSP)

Si le malade décédé était porteur d'une prothèse renfermant des radioéléments, un médecin doit procéder à sa récupération avant son transfert à la chambre mortuaire.

L'agent de la chambre mortuaire doit, pour sa part :

- annoter le registre des décès de l'hôpital
- annoter le registre de suivi des corps des personnes décédées
- transmettre le certificat à la mairie du lieu de décès dans les vingt-quatre heures

Article 186 – Indices de mort violente ou suspecte et obstacle médico-légal

En cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un malade hospitalisé, le directeur, prévenu par le médecin responsable de structure ou par le médecin ayant signé l'obstacle médico-légal, doit aviser immédiatement l'autorité judiciaire (commissariat de police ou procureur de la République).

Article 187 – Dépôt des corps à la chambre mortuaire

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

Lorsque les circonstances le permettent, la famille a accès au défunt avant que le corps ne soit déposé dans la chambre mortuaire. Dans toute la mesure du possible, cet accès est organisé dans un lieu spécialement préparé à cet effet et conforme aux exigences de discrétion et de recueillement.

Lorsque la présentation a lieu après le transfert dans la chambre mortuaire, elle doit également se dérouler dans une salle spécialement aménagée à cet effet et répondant aux mêmes exigences.

Avant toute présentation, les agents de l'hôpital et tout particulièrement les agents responsables de la chambre mortuaire prennent en compte, dans toute la mesure du possible, après s'en être enquis auprès des familles, les souhaits de leurs membres, s'agissant des pratiques religieuses désirées pour la présentation du corps ou la mise en bière.

Le dépôt et le séjour à la chambre mortuaire de l'hôpital du corps d'une personne qui y est décédée sont payants.

La chambre mortuaire est régie par un règlement intérieur particulier qui est affiché dans ses locaux, à la vue du public.

Article 188 – Transport de corps avant mise en bière vers une chambre funéraire

Le transport avant mise en bière d'un corps d'une personne décédée ne peut être réalisé sans une déclaration écrite préalable effectuée, par tout moyen, auprès du maire de la commune du lieu de dépôt du corps dans les conditions prévues par le code général des collectivités territoriales.

Les opérations de transport sont achevées dans un délai de 48h à compter du décès.

Le transport avant mise en bière est subordonné :

- à la demande écrite d'une personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles et justifie de son état-civil et de son domicile,

- à la production du certificat médical de décès attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le défunt n'était pas atteint par l'une des infections transmissibles (articles R 2213-2-1 CGCT et D 3113.6 et D 3113.7 CSP),

- à l'accomplissement des formalités qui relèvent de l'opérateur funéraire.

Sauf dérogation dûment justifiée, le départ des corps des personnes décédées a lieu aux heures d'ouverture de la chambre mortuaire de l'hôpital.

Article 189 – Transport avant mise en bière vers le domicile du défunt ou d'un membre de la famille

Le transport avant mise en bière d'un corps d'une personne décédée ne peut être réalisé sans une déclaration écrite préalable effectuée, par tout moyen, auprès du maire de la commune du lieu de dépôt du corps dans les conditions prévues par le code général des collectivités territoriales.

Les opérations de transport sont achevées dans un délai de 48h à compter du décès.

Le transport avant mise en bière est subordonné

- à la demande écrite d'une personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles et justifie de son état-civil et de son domicile.

- au certificat médical de décès attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le défunt n'était pas atteint par l'une des infections transmissibles.

- à l'accord du directeur de l'établissement au sein duquel le décès est survenu.

- à l'accomplissement préalable des formalités relatives aux déclarations de décès.

Article 190 – Mise en bière et transport après mise en bière

Avant son inhumation ou sa crémation, le corps d'une personne décédée est mis en bière.

La fermeture du cercueil est autorisée par un officier d'état-civil du lieu du décès ou par l'officier d'état civil du lieu de dépôt. Cette autorisation est délivrée sur production du certificat de décès établi par le médecin ayant constaté le décès et attestant que celui-ci ne pose pas de problème médico-légal.

Après accomplissement de ces formalités et de celles prévues par les articles 78 et suivants du code civil concernant la déclaration de décès et l'obtention du permis d'inhumer, il est procédé à la fermeture définitive du cercueil.

Article 191 – Opérations funéraires

Les corps reconnus par les familles leur sont rendus et celles-ci règlent les frais de convoi et d'obsèques en s'adressant à l'opérateur funéraire de leur choix assurant ce service.

L'hôpital tient à la disposition des familles la liste des régies, entreprises, associations et de leurs établissements habilités à fournir les prestations de service des pompes funèbres. La liste des chambres funéraires habilitées est affichée dans les locaux de la chambre mortuaire à la vue du public. Ces listes sont communiquées à toute personne qui en fait la demande.

La famille ou les proches disposent d'un délai de 10 jours pour réclamer le corps de la personne décédée dans l'établissement ou de l'enfant déclaré sans vie.

En cas de non réclamation du corps dans un délai de 10 jours, le CHANGE dispose de deux jours francs pour :

- faire procéder à l'inhumation du défunt dans les conditions financières compatibles avec l'avoir laissé par celui-ci. En l'absence de ressources suffisantes, l'hôpital applique les dispositions concernant les indigents. S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation s'effectue en accord avec l'autorité militaire compétente,

- prendre les mesures en vue de procéder, à sa charge, à la crémation du corps de l'enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil ou, lorsqu'une convention avec la commune le prévoit, en vue de son inhumation par celle-ci.

Le règlement intérieur de la chambre mortuaire précise les modalités de l'accès des familles et des régies et entreprises funéraires.

Article 192 – Don du corps à la science

Le don du corps ne peut être accepté que si la personne décédée en a fait la déclaration écrite, datée et signée de sa main.

La démarche de don peut être entreprise auprès d'un établissement de soins, d'enseignement et de recherche acceptant les dons de corps. En cas d'accord, une carte est délivrée au donateur. Pour être valable, ce document doit avoir été daté et signé par le défunt.

La volonté de don peut aussi s'exprimer à destination d'un autre établissement d'hospitalisation ou, sans précision, sur un papier libre qui doit obligatoirement porter le nom de la personne concernée, sa signature et la date de rédaction.

Pour être valable, un éventuel document d'annulation doit avoir été rédigé, signé et daté, postérieurement à la donation, par la personne décédée.

Dans tous les cas, la carte de donateur ou l'exemplaire de la déclaration est remis à l'officier de l'état civil après constatation du décès.

Le délai du transport du corps vers l'établissement d'hospitalisation, d'enseignement ou de recherche concerné, ne doit pas excéder quarante-huit heures entre le décès et l'arrivée du corps à l'établissement de destination.

Article 193 – Objets abandonnés ou déposés par le défunt

L'inventaire de tous les objets que possédait le défunt est dressé par deux personnes dont un cadre de santé ou une infirmière ;

Les objets sont remis au régisseur qui les remettra, le cas échéant, aux héritiers du défunt. Aucun de ces objets ne peut être remis directement à ces derniers par le personnel du service.

Lorsque des mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au malade décédé sont incinérés. Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants droit qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur desdits objets et effets.

Les objets non réclamés sont remis, un an après le décès de leur détenteur, à la caisse des dépôts et de consignations s'il s'agit de sommes d'argent, titres et valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, au service des Domaines afin qu'ils soient mis en vente.

Le service des Domaines peut, dans les conditions fixées par voie réglementaire, refuser la remise des objets dont la valeur est inférieure aux frais de vente prévisibles. Dans ce cas, les objets deviennent la propriété du CHANGE.

Toutefois, les actes sous seing privé qui constatent des créances ou des dettes sont conservés par l'hôpital, en qualité de dépositaire, pendant une durée de cinq ans après le décès des intéressés. A l'issue de cette période, les actes peuvent être détruits.

Le montant de la vente ainsi que les sommes d'argent, les titres et les valeurs mobilières et leurs produits sont acquis de plein droit au trésor public, cinq ans après la cession par le service des Domaines ou la remise à la caisse des dépôts et consignations, s'il n'y a pas eu dans l'intervalle de réclamation de la part des héritiers du malade décédé ou de ses créanciers.

Ces dispositions sont portées à la connaissance des héritiers, s'ils sont identifiés, six mois au moins, avant la remise des objets par le CHANGE au service des Domaines ou à la caisse des dépôts et consignations.

Article 194 – Libre choix des opérateurs funéraires

Les démarches et offres de service effectuées en prévision d'obsèques, en vue d'obtenir ou de faire obtenir, soit directement, soit à titre d'intermédiaire, la commande de fournitures ou de prestations liées à un décès sont strictement interdites au sein de l'hôpital.

Il est également strictement interdit aux agents de l'hôpital qui, à l'occasion de l'exercice de leur service, ont connaissance d'un décès, de solliciter ou d'agréer, directement ou indirectement, des offres, des promesses, des dons, des présents et avantages de quelque nature qu'ils soient, pour faire connaître le décès aux opérateurs funéraires ou pour recommander aux familles les services d'une de ces entreprises ou associations.

Article 195 – Liberté des funérailles, dispositions testamentaires

Le droit pour chacun d'organiser librement ses funérailles et de choisir son mode de sépulture est une liberté fondamentale de l'individu. Les malades peuvent donc prendre toutes les dispositions qu'ils jugent nécessaires pour prévoir, de leur vivant, les conditions de leurs funérailles, soit en consignant leurs volontés dans un testament, soit en souscrivant un contrat d'obsèques.

Les malades peuvent, s'ils le souhaitent, faire des dons ou léguer tout ou partie de leurs biens au Centre Hospitalier Annecy Genevois. Ces libéralités peuvent être assorties, le cas échéant, de conditions à la charge du légataire. Le CHANGE respectera scrupuleusement leurs volontés.

Sous réserve des dispositions de l'article 909 du code civil, les administrateurs, médecins et agents de l'hôpital ne peuvent profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires faites en leur faveur par des personnes âgées hébergées au sein de l'hôpital. Il en est de même pour les médecins et les pharmaciens qui auront traité une personne pendant la maladie dont elle meurt pour les libéralités faites en leur faveur pendant le cours de cette maladie.

PARTIE III

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 196 – Mise à disposition du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur est tenu à disposition de toute personne intéressée, qui peut en prendre connaissance auprès de la Direction Générale. Un exemplaire est déposé dans chaque établissement annexe, sous la responsabilité du cadre de santé, à destination des patients et résidants qui demandent à le consulter.

Par ailleurs, le présent règlement intérieur est tenu à la disposition de chacun des personnels dans chaque service de l'établissement. Il fait notamment l'objet d'une information au sein des conseils de pôle.

Article 197 – Adoption et modification du règlement intérieur

Toute modification du présent règlement intérieur est arrêtée par le directeur du centre hospitalier.

Adoption du Directeur, Président du Directoire, après avis de la CME, du CTE, du Conseil de surveillance, après concertation du Directoire et information de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques (CSIRMT).