



## **RÉGLEMENT INTÉRIEUR**

**HIHL**

# **SOMMAIRE**

## **Chapitre 1 : Dispositions générales concernant l'établissement**

- 1 – Missions de l'Hôpital
- 2 – Règles de circulation et de stationnement dans l'enceinte des sites de l'H.I.H.L.

## **Chapitre 2 : Dispositions relatives aux personnes hospitalisées et hébergées**

- 1 – Admissions des malades et résidents
- 2 – Conditions de séjour
- 3 – Sorties des hospitalisés
- 4 – Mesures à prendre en cas de décès des hospitalisés

## **Chapitre 3 : Le fonctionnement médical**

- 1 – Dispositions communes à tous les services
- 2 – Dispositions propres au service de médecine
- 3 – Prescriptions pharmaceutiques et délivrance des médicaments
- 4 – Actes d'imagerie médicale et examens biologiques

## **Chapitre 4 : Dispositions concernant le personnel**

- 1 – Les droits et garanties du personnel
- 2 – Les devoirs et obligations du personnel
- 3 – Dispositions statutaires / organisation du temps de travail

## **Chapitre 5 : Dispositions générales concernant le fonctionnement administratif de l'établissement**

- 1 – Organisation administrative
- 2 – Les instances consultatives générales
- 3 – Les instances consultatives spécialisées
- 4 – Les pôles d'activités et structures internes
- 5 – La qualité, la sécurité des soins et les relations avec les usagers
- 6 – Fonctionnement budgétaire et financier

## **Chapitre 6 : Approbation – mise à disposition – modification du Règlement Intérieur**

## **Chapitre 7 : Volets spécifiques au Règlement Intérieur**

## CHAPITRE : I

### *Dispositions Générales concernant l'établissement*

#### POSITION DU DOCUMENT

<u>Document amont</u>	<u>Document aval</u>
- Manuel HAS - Article L 6141 du Code de la Santé Publique	

Réf	Règlement intérieur HIHL / Chapitre I Version 1 - juin 2008 Version 2 - mai 2012 Version 3 – décembre 2021	Création Actualisation (Loi HPST) Actualisation du document
-----	---	---

Participants : A. DAVID J. MINUZZO MD. PERIOT

<b>REDACTION :</b> <i>(Signature du pilote du groupe de travail)</i>	<b>APPROBATION :</b> <i>(Signature du responsable QVR)</i>	<b>APPROBATION :</b> <i>(Signature du président de la CME)</i>	<b>APPROBATION :</b> <i>(Signature du président du CS)</i>	<b>APPROBATION :</b> <i>(Signature du président du CTE)</i>
J. MINUZZO	A. GUIBERT	C. BEAUBATIE	C. PEYRONNET	A. DAVID



<b>RSM</b>	<b>VALIDATION DU DIRECTEUR</b>
A. DAVID	A. DAVID

#### Site Jolibois

4, avenue Charles de Gaulle  
87300 BELLAC  
Tél. : 05 55 47 20 20  
E-mail : dg@hihl.fr

#### Site La Josnière

9, avenue F. de la Josnière  
87210 LE DORAT  
Tél. : 05 55 60 55 55  
E-mail : drh@hihl.fr  
soins@hihl.fr

#### Site Beauséjour

8, avenue George Sand  
87190 MAGNAC-LAVAL  
Tél. : 05 55 60 52 00  
E-mail : dsef@hihl.fr

## **1 – LES MISSIONS DE L'HOPITAL**

L'Hôpital Intercommunal du Haut Limousin (HIHL) est un établissement public de santé. Parallèlement à sa vocation sanitaire, il développe des activités médico-sociales, proposant ainsi une filière gériatrique complète, en lien avec les filières départementales.

Il dispense :

### **1.1 – Des soins de courte durée en médecine**

Conformément à l'article L.6141 du Code de la Santé Publique (C.S.P.), cette activité est subordonnée à l'obligation de passer convention avec un ou plusieurs centres hospitaliers publics ou établissements de santé privés dont l'un au moins dispense des soins en médecine et chirurgie et dispose d'un service ou d'une unité soit de réanimation, soit de soins intensifs.

Il exerce une médecine polyvalente d'orientation et de premier secours qui permet, notamment, de :

- assurer une surveillance et la mise en route de traitements,
- prendre en charge des épisodes aigus de pathologies chroniques,
- assurer des prises en charge spécifiques dans le cadre de participation à des réseaux de santé,
- dispenser des soins de proximité aux personnes âgées,
- réaliser des bilans, notamment gériatriques, et des diagnostics,
- dispenser des soins palliatifs et de fin de vie, avec l'appui de l'antenne de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs du CHU implantée dans l'établissement (site du Dorat),
- prendre en charge la douleur.

Dans ce cadre, l'hôpital de jour permet une alternative à une hospitalisation complète pour une prise en charge de proximité.

### **1.2 – Des soins de suite et de réadaptation**

Les unités de soins de suite et de réadaptation permettent de consolider et de réorienter une prise en charge après une situation aigue. Les soins de suite et de réadaptation permettent notamment de :

- poursuivre une hospitalisation lorsque l'état du patient n'est pas stabilisé pour son retour à domicile,
- réaliser une réadaptation fonctionnelle, notamment pour des patients présentant un problème neurologique ou traumatologique,
- adapter une thérapeutique spécifique,
- développer des soins de suite et de réadaptation gériatrique, dans le cadre de la filière gériatrique, avec des lits spécialisés pour l'accueil de personnes âgées polypathologiques, dont certains permettant une prise en charge de jour.

### **1.3 – Des soins de longue durée**

Ces unités accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation ou pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Ces situations cliniques requièrent un suivi rapproché, des actes médicaux itératifs, une présence infirmière et l'accès à un plateau technique minimum.

En outre, ces unités assurent un accueil et une prise en charge spécifique pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ou de maladies apparentées (Unité d'Hébergement Renforcée – U.H.R.).

### **1.4 – Des consultations externes de spécialistes sont organisées avec les professionnels libéraux ou les établissements de santé avec lesquels il a passé convention**

L'HIHL doit soutenir et participer à des actions de prévention des risques de la dépendance (atelier et consultations mémoire, détection des fragilités...), prévention de la maltraitance, prévention des chutes, éducation sanitaire sur les risques d'iatrogénie, soutien des aidants des malades Alzheimer ou maladies apparentées,

L'HIHL doit tendre, compte tenu de sa situation géographique, vers l'organisation de l'accueil inopiné de

patients pour dispenser des soins médicaux non programmés ou la préparation en vue d'un transfert, s'appuyant sur la permanence médicale des soins,

L'HIHL a une mission d'éducation et de prévention sanitaire (atelier d'éducation alimentaire, aide au sevrage tabagique, consultations d'addictologie).

### ***1.5 – Des activités médico-sociales intra-établissement pour favoriser le maintien à domicile***

L'établissement :

- accueille les personnes âgées en E.H.P.A.D. et propose également une offre d'hébergement temporaire, d'accueil de jour et de Pôles de Soins et d'Activités Adaptées (P.A.S.A.) pour des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, ou maladies apparentées. En outre, il assure un accueil et une prise en charge spécifique pour les personnes handicapées vieillissantes. Cette prise en charge se réalise en partenariat avec la Fondation John Bost, à Bellac,
- assure des actions favorisant le maintien à domicile : par le service de soins infirmiers à domicile qui comporte une Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA) et la production et le portage de repas à domicile, ainsi que l'Hospitalisation à Domicile en collaboration avec le CHU de Limoges,
- se positionne en partenaire privilégié du Conseil Général et des Associations assurant le maintien à domicile, notamment en vue de la création d'un réseau gérontologique local.

## **1 – REGLES DE CIRCULATION ET DE STATIONNEMENT DANS L'ENCEINTE DES SITES DE L'HIHL**

### ***2-1 – Circulation dans l'enceinte des sites hospitaliers***

Les voies de desserte établies dans l'enceinte des sites de l'H.I.H.L., constituent des dépendances du domaine public de l'établissement. A ce titre elles sont strictement réservées à la circulation du personnel et des usagers du Service Public Hospitalier.

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

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

### ***2-2 – Stationnement dans l'enceinte des sites hospitaliers***

Le stationnement dans l'enceinte des sites hospitaliers est interdit en dehors des emplacements matérialisés. Des aires de stationnements sont en outre réservées à certains personnels, aux véhicules sanitaires, aux véhicules de service de l'établissement, aux personnes handicapées ainsi qu'aux personnes qui, de par leur qualité, sont amenées à fréquenter régulièrement l'établissement.

### ***2-3 – Responsabilité - Respect des règles***

L'autorisation de circuler et de stationner est une simple tolérance de l'établissement.

Elle ne saurait en rien engager la responsabilité de l'HIHL, notamment en cas d'accident de la circulation, de vol de véhicules ou de déprédatations.

La direction de l'établissement se réserve le droit de faire appel aux forces de gendarmerie, à la fourrière, sans mise en demeure préalable, pour faire déplacer les véhicules dont le stationnement entraverait gravement la circulation, mettrait en péril la sécurité des personnes ou des biens et de manière générale, compromettrait le fonctionnement du Service Public Hospitalier.

Les personnels ne doivent pas utiliser les espaces dédiés aux visiteurs, aux véhicules de service et aux véhicules sanitaires pour stationner leurs véhicules, sous peine de sanctions disciplinaires.

Sous la responsabilité du directeur, les agents des services techniques sont chargés de veiller au respect des prescriptions énoncées ci-dessus. Le refus opposé par tout agent hospitalier à leurs injonctions est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires.

## CHAPITRE : II

### *Dispositions relatives aux personnes hospitalisées et hébergées*

#### POSITION DU DOCUMENT

Document amont	Document aval
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manuel HAS</li> <li>- Art. 80 et 81 du Code Civil</li> <li>- Art. L.7101 de la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991</li> <li>- Décret n°74.27 du 14 janvier 1974</li> <li>- Décret n°92.1210 du 13 novembre 1992</li> <li>- Art. L 1111-6 du Code de la Santé Publique</li> <li>- Art. L 1110-5 du Code de la Santé Publique</li> <li>- Décret n°2005-213 du 2 mars 2005</li> <li>- Décret 14 janvier 1974</li> <li>- Loi du 4 mars 2002</li> <li>- Décret du 15 novembre 2006</li> <li>- Circulaire n°40 du 9 octobre 1995</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Livret d'accueil</li> <li>- Règlement intérieur chambre mortuaire</li> <li>- Charte de la personne hospitalisée</li> <li>- Charte des droits liberté de la personne âgée dépendante</li> <li>- Charte des droits liberté de la personne accueillit</li> </ul>

Réf.	Règlement intérieur HIHL / Chapitre II Version 1 - juin 2008 Version 2 - mai 2012  Version 3 – décembre 2021	Création Suppression du paragraphe « admission et sortie des mineurs » et actualisation (Loi HPST) Actualisation du document
------	--	--

Participants : A. DAVID J. MINUZZO MD. PERIOT

REDACTION : <i>(Signature du pilote du groupe de travail)</i>	APPROBATION : <i>(Signature du responsable QVR)</i>	APPROBATION : <i>(Signature du président de la CME)</i>	APPROBATION : <i>(Signature du président du CS)</i>	APPROBATION : <i>(Signature du président du CTE)</i>
J. MINUZZO	A. GUIBERT	C. BEAUBATIE	C. PEYRONNET	A. DAVID



RSM	VALIDATION DU DIRECTEUR
A. DAVID	A. DAVID

Site Jolibois

4, avenue Charles de Gaulle  
87300 BELLAC  
Tél. : 05 55 47 20 20  
E-mail : dg@hihl.fr

Site La Josnière

9, avenue F. de la Josnière  
87210 LE DORAT  
Tél. : 05 55 60 55 55  
E-mail : drh@hihl.fr  
soins@hihl.fr

Site Beauséjour

8, avenue George Sand  
87190 MAGNAC-LAVAL  
Tél. : 05 55 60 52 00  
E-mail : dsef@hihl.fr

## **1 – ADMISSIONS DES MALADES ET RESIDENTS**

### ***1.1 – Le respect du choix du malade***

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

Les limitations apportées à ce principe par les différents régimes de protection sociale ne peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements, de leur mode de tarification et des critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux.

### ***1.2 – Dispositions générales concernant les services d'hospitalisation (art. L 3212)***

L'admission à l'hôpital est prononcée par le Directeur sur avis d'un médecin de l'établissement. Elle est décidée, hors les cas d'urgence reconnus par le médecin de garde de l'établissement, sur présentation d'un certificat du médecin traitant ou appartenant au service de consultation de l'établissement attestant la nécessité du traitement hospitalier. Ce certificat peut indiquer la discipline dans laquelle devrait être admis l'intéressé, sans mentionner le diagnostic de l'affection qui motive l'admission. Il doit être accompagné d'une fiche de pré-admission et d'une lettre cachetée du médecin traitant ou du médecin de consultation adressée au médecin de service hospitalier donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles à ce dernier pour le diagnostic et le traitement.

### ***1.3 – Admission en urgence***

Si l'état d'un malade ou d'un blessé réclame des soins urgents, le Directeur doit prononcer l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'état civil et de tous renseignements sur les conditions dans lesquelles les frais d'hospitalisation seront remboursés à l'établissement. Plus généralement, il prend toutes mesures pour que les soins urgents de premier niveau soient assurés.

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

Toutes mesures utiles sont prises pour que la famille des malades ou blessés hospitalisés en urgence soit prévenue.

### ***1.4 – Dispositions particulières concernant le service de médecine***

Lors de l'admission d'un malade, le Directeur demande à celui-ci, à sa famille ou à son représentant légal de choisir le médecin autorisé par lequel le malade désire être soigné. A défaut de choix, ce médecin est désigné par le médecin coordonnateur ou un médecin du service.

### ***1.5 – Dispositions particulières concernant l'E.H.P.A.D. ou l'U.S.L.D.***

L'admission a lieu à la demande du résident ou de sa famille. Elle est prononcée par le Directeur au vu d'un dossier comportant notamment :

- la demande d'admission en service d'hébergement, comportant les renseignements médicaux, selon le cadre fixé par la réglementation. Cette demande est désormais dématérialisée via l'application « Via Trajectoire »,
- la liste des obligés alimentaires,
- un relevé des revenus et le formulaire concernant le règlement des frais de séjour,
- le droit à l'image dans le cadre des activités : Formulaire d'autorisation, dans le but de sécuriser la prise en charge (limitation des risques d'erreur d'identification), une photo d'identité du résident est insérée dans le dossier médical informatisé.

### 1.6 – Dépôts d'argent et d'objets de valeur

Lors de son admission, l'hospitalisé ou le résident est invité à effectuer auprès de l'administration de l'établissement le dépôt des sommes d'argent et des objets de valeurs qui sont en sa possession.

Si le malade ou blessé est inconscient, un inventaire contradictoire des sommes d'argent et de tous les objets et vêtements dont le malade ou le blessé est porteur est aussitôt dressé et signé par le représentant de l'établissement et l'accompagnant.

### 1.7 – Désignation d'une personne de confiance (article L 1111-6 du C.S.P)

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et, qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si la personne le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

Lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée, le juge des tutelles pourra, soit confirmer la mission de la personne de confiance désignée, soit révoquer la désignation.

### 1.8 – Sortie à l'initiative du patient/résident (article L 1111 du C.S.P)

Tout malade ou blessé dont l'admission est prononcée en urgence ou hospitalisé dans l'établissement et qui refuse de rester dans l'hôpital doit signer une attestation traduisant expressément ce refus ; à défaut, un procès-verbal de refus est dressé.

A l'exception des mineurs et des personnes hospitalisées d'office, les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement.

Si le médecin estime que cette sortie est prématurée et représente un danger pour leur santé, les intéressés ne sont autorisés à quitter l'établissement qu'après avoir rempli une attestation établissant qu'ils ont eu connaissance des dangers que cette sortie présente pour eux. Lorsque le malade refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé.

## **2 – CONDITIONS DE SEJOUR**

Le séjour de la personne accueillie doit se dérouler dans le respect des chartes suivantes (affichées dans les unités) :

- Charte de la personne hospitalisée (circulaire n°90 du 02/03/06)
- Charte des droits et liberté de la personne âgée dépendante
- Charte des droits et liberté de la personne accueillie (arrêté du 08/09/03)

### 2.1 – Conditions générales d'accueil

L'accueil des malades et des résidents doit être assuré, à tous les niveaux, par le personnel spécialement préparé à cette mission.

Dès son arrivée dans l'établissement, chaque hospitalisé reçoit un livret d'accueil contenant toutes les informations qui lui seront utiles pendant son séjour (*art L 1112-2*).

Les hospitalisés doivent être informés par tous les moyens adéquats du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins.

En application de l'article L 1110-5, toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne

doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

Ces actes ne doivent pas être poursuivis avec 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 ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10.

Les dispositions du premier alinéa s'appliquent sans préjudice de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produit de santé, ni des dispositions du titre II du livre I<sup>er</sup> de la première partie du présent code.

Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévue, évaluée, prise en compte et traitée.

Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort. Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abréger sa vie, il doit en informer le malade, sans préjudice des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.

Les médecins reçoivent les familles des hospitalisés suivant les modalités affichées dans le service.

Concernant l'accueil en EHPAD ou en USLD, le résident ou sa famille ou le tuteur, sera invité à signer un contrat de séjour avec l'établissement. Les modalités sont définies en fonction de l'état de santé de la personne accueillie et de la disponibilité de la famille ou du tuteur.

## 2.2 – Refus de soins

Lorsque les malades n'acceptent pas le traitement ou les soins qui leur sont proposés, leur refus est tracé dans le dossier du patient/résident.

Si le patient/résident refuse plus généralement le type de prise en charge prévu et les objectifs de prise en charge, le médecin trace le refus dans le dossier du patient après avoir expliqué et s'être assuré de la compréhension de l'intéressé ou de la personne de confiance sur le rapport bénéfices/risques. Ce refus peut déboucher sur la sortie à l'initiative du patient selon les modalités décrites au paragraphe 1.9.

## 2.3 – Informations d'ordre médical

A l'exception des mineurs soumis à l'autorité parentale, les hospitalisés peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé.

En l'absence d'opposition des intéressés, 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 et par la loi du 04 mars 2002 ; les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être fournies par les cadres de santé ou les infirmiers.

## 1.4 – La Commission des Usagers (CDU).

Se référer au règlement intérieur de la CDU.

## 2.5 – Le Conseil de la Vie Sociale

Conformément à la réglementation, il est composé d'un représentant élu par site des personnes accueillies, d'un représentant élu par site des familles, d'un représentant du personnel et d'un représentant du Conseil de Surveillance de l'HIHL.

Il donne un avis et fait des propositions sur toutes les questions intéressant le fonctionnement de l'EHPAD.

Le Conseil fixe les règles de désignation de ses membres et ses modalités de fonctionnement, formalisés dans un Règlement Intérieur.

## **2.6 – Exercice du culte**

Les hospitalisés et résidents doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte ; ils reçoivent sur demande de leur part adressée à l'administration de l'établissement, la visite du ministre du culte de leur choix.

## **2.7 – Visites, accompagnants**

Les visites aux hospitalisés ont lieu tous les jours de 11 heures 30 à 21 heures pour les services de court et moyen séjour, Unités de Soins Longue Durée et EHPAD. Des dérogations à ces heures peuvent être autorisées avec l'accord du médecin responsable du service ou du cadre de santé. Les horaires de visite peuvent être revus ponctuellement suivant la situation sanitaire.

Lorsque l'état du malade le justifie, la présence d'un accompagnant peut être autorisée hors des heures de visites.

L'attention de l'accompagnant doit être attirée sur le fait qu'il ne doit, en aucun cas contrarier l'action médicale, troubler le repos des malades ou interférer à quelque niveau que ce soit dans le fonctionnement du service et, en particulier, dans l'exercice des fonctions du personnel ou dans la prise en charge des patients/résidents. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite pourront être décidées par le Directeur.

Le médecin chargé du suivi du patient peut limiter ou supprimer les visites en fonction de l'état de l'hospitalisé.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas accès auprès des malades, sauf accord formel de ceux-ci et autorisation écrite donnée par l'administration.

Cette disposition s'applique également à toute personne hospitalisée qui souhaiterait proposer une démarche à but commercial.

Les malades peuvent demander au cadre de santé du service de ne pas permettre aux personnes qu'ils désigneront d'avoir accès auprès d'eux.

## **2.8 – Visiteurs Bénévoles**

Les associations et organismes qui envoient auprès des malades des visiteurs bénévoles doivent, préalablement, obtenir l'agrément de l'administration.

Chaque visiteur agréé devra être porteur d'une carte certifiée par son Association et d'un badge mentionnant son nom et l'Association dont il dépend et intervenir avec l'autorisation du cadre de santé dans lequel est hospitalisé ou hébergé le patient ou résident.

## **2.9 – Apport de boissons alcoolisées, médicaments ou denrées diverses**

Les visiteurs et les malades ne doivent introduire dans l'établissement ni boissons alcoolisées ni médicaments, sauf accord du médecin en ce qui concerne les médicaments et après information du pharmacien.

Le cadre de santé du service doit s'opposer, dans l'intérêt du malade, à la remise à celui-ci de denrées ou boissons même non alcoolisées qui ne sont pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit au dit malade.

En cas de méconnaissance de ces prescriptions, les denrées et les boissons introduites en fraude peuvent être

détruites à la vue du malade ou de sa famille.

#### **2.10 – Respect des personnes et des biens**

Lorsqu'un malade ou résident, dûment averti, cause des désordres persistants, le Directeur prend, avec l'accord du médecin du service, toutes les mesures appropriées pouvant aller, éventuellement, jusqu'à l'exclusion de l'intéressé.

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des malades et résidents, ni gêner le fonctionnement du service. Les visites trop longues, en groupe important et les conversations dans les couloirs sont à éviter. Les visiteurs doivent avoir une tenue vestimentaire décente.

Les malades et résidents doivent veiller à 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 dans les conditions prévues à l'article précédent.

En aucun cas, les récepteurs de télévision, les postes radios, ne doivent constituer une gêne pour les malades ou les résidents, lui-même ou son entourage.

#### **2.11 – Gratifications :**

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

#### **2.12 – Règles d'hygiène**

Une stricte hygiène corporelle est de règle à l'hôpital ; chacun est tenu de l'observer.

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

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

Sauf cas particulier et sous réserve du respect des règles d'hygiène, l'entretien du linge et des vêtements est laissé à la charge de la famille de l'hospitalisé.

L'entretien des vêtements personnels des résidents accueillis dans les unités d'hébergement peut être assuré par la lingerie de l'établissement à condition que ces effets soient préalablement identifiés et soient composés de textiles compatibles avec un traitement industriel.

Les malades et les résidents sont tenus de se conformer aux règles fixant l'interdiction de fumer dans les locaux de l'établissement en application du décret du 15 novembre 2006. Il en va de la responsabilité de chacun que le caractère total et absolu de cette réglementation soit effectif.

#### **2.13 – Service social**

Le service social est à la disposition des hospitalisés et de leurs familles sur rendez-vous, du lundi au vendredi de 9 heures à 17 heures.

#### **2.14 – Téléphone, télévision**

Les hospitalisés et les résidents peuvent disposer d'un poste téléphonique à ligne directe pour appeler l'extérieur ou recevoir des appels sans intermédiaire.

En service de médecine ou de soins de suite, seul le règlement des consommations réelles est exigé à la sortie.

En unité d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, ce service est attribué moyennant le paiement d'un abonnement mensuel forfaitaire (abonnement et communication).

Le règlement de ces prestations s'effectue auprès des agents des bureaux des admissions, seuls habilités à encaisser les moyens de paiement.

En EHPAD et en USLD les chambres sont équipées de prises permettant l'utilisation d'un téléviseur personnel, ou d'appareils électriques, qui ne peuvent être introduits qu'après l'autorisation du cadre de santé qui sollicitera au préalable l'accord du responsable de la sécurité.

#### 2.15 – Détermination des menus

Les menus sont arrêtés chaque mois après consultation périodique d'une Commission de Restauration comprenant, entre autres, la responsable de restauration, les diététiciennes, des représentants du personnel hôtelier des unités de soins et d'hébergement et des représentants des résidents et/ou malades.

#### 2.16 – Sécurité incendie

Il est interdit :

- d'utiliser des bougies et autres appareils à flamme nue
- de se servir d'appareils électriques sans validation du cadre du service qui sollicite la validation du responsable de la sécurité

Il est impératif de suivre les consignes de sécurité affichées dans le service et de consulter le plan d'évacuation affiché à chaque niveau.

#### 2.17 – Dispositions spécifiques aux unités d'EHPAD et d'USLD

La personne hébergée peut personnaliser sa chambre avec du petit mobilier ou des objets, sous réserve de solliciter la validation du cadre de santé du service et dans le respect des règles fixées dans le Règlement de Fonctionnement. Ceux-ci font l'objet d'un marquage afin d'en assurer la traçabilité jusqu'à la sortie de la personne.

Les droits et obligations spécifiques du résident, en matière d'admission, de conditions de séjour et de sortie sont précisés dans le Règlement de Fonctionnement.

#### 2.18 – Autres dispositions

Les malades des unités de médecine et soins de suite ne peuvent se déplacer dans la journée hors du service sans autorisation d'un membre du personnel soignant.

Les animaux domestiques ne peuvent être introduits dans les services de soins.

Les journalistes, photographes, démarcheurs commerciaux ne peuvent être admis auprès des patients/résidents au sein de l'établissement sans leur autorisation expresse, ou celle de leurs représentants légaux, et celle du Directeur.

### **3 – SORTIES DES HOSPITALISES**

#### 3.1 – Dispositions générales

Lorsque l'état de l'hospitalisé ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'établissement, sa sortie est prononcée par le Directeur sur proposition d'un médecin du service. Une recherche de conciliation est toujours réalisée si la sortie du patient s'avère problématique (mise en danger, conflit familial).

Toutes dispositions sont prises, le cas échéant, et sur proposition médicale, en vue du transfert de l'hospitalisé dans un établissement ou service adapté à son cas.

Le bulletin de sortie délivré aux malades ne doit porter aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical relative à la maladie qui a motivé l'hospitalisation.

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

Tout malade dès sa sortie doit recevoir les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation de ses soins et de ses traitements et à la justification de ses droits.

La sortie des malades peut également, hors les cas où l'état de santé de ceux-ci l'interdirait, être prononcée par mesure disciplinaire.

Lorsque l'état de l'hospitalisé s'est aggravé et qu'il est en fin de vie, il est transféré à son domicile si lui-même ou sa famille en expriment le désir.

L'administration de l'établissement tient à la disposition des hospitalisés la liste complète des ambulances agréées du département.

### **3.2 – Autorisations de sortie**

Les personnes hospitalisées en service de médecine ou de soins de suite peuvent, compte tenu de la durée de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier à titre exceptionnel de permissions de sortie soit de quelques heures sans découcher, soit d'une durée maximale de quarante huit heures.

Ces autorisations de sortie sont accordées par le Directeur, sur avis favorable du médecin responsable.

Lorsqu'un malade qui a été autorisé à quitter l'établissement ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, l'Administration le portera sortant et sollicitera de sa part, ou de celle de ses proches, la signature de l'imprimé par lequel il reconnaît être sorti contre avis médical. Son médecin traitant sera informé de sa sortie par les services de l'Hôpital. Il ne peut être admis à nouveau que dans la limite des places disponibles.

En unité d'hébergement, le résident est autorisé à sortir librement sauf contre-indication médicale consignée dans le dossier et dont il a été informé.

Le résident ou sa famille est tenu d'informer préalablement le cadre du service ou son représentant, de son départ et de l'heure prévue pour son retour.

### **3.3 – Formalités de sortie**

Lorsque l'état de santé de l'hospitalisé n'impose plus son maintien dans l'une des unités de l'HIHL, sa sortie est prononcée par le Directeur ou son représentant, sur proposition du médecin responsable.

Le patient est alors orienté vers le bureau des admissions pour s'assurer que son dossier administratif est complet.

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

Un courrier de sortie est remis au patient à son départ.

### **3.4 – Sortie contre avis médical**

A l'exception des mineurs et des personnes hospitalisées d'office, les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement.

Si le médecin du service estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour la santé d'une personne hospitalisée, l'intéressé n'est autorisé à quitter l'établissement qu'après avoir rempli un imprimé établissant qu'il a eu connaissance des dangers que cette sortie présente pour lui. La sortie est alors prononcée par le Directeur ou son représentant.

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

### **3.5 – Sortie inopinée des malades ou résidents (fugue)**

Si les recherches dans l'établissement restent vaines et si le médecin estime que l'état de la personne permet sans danger cette sortie, ce dernier est déclaré sortant. Si le médecin estime que cette sortie inopinée

met en danger l'intégrité physique de la personne, ou compromet son état de santé, des recherches doivent être effectuées à l'extérieur du site hospitalier par le personnel (avec un véhicule de l'établissement, après avoir informé la direction ou l'administrateur de garde), auprès de la famille, puis, si nécessaire, par la gendarmerie.

### **3.6 – Questionnaire de sortie**

Tout hospitalisé reçoit, dès son admission, le livret d'accueil et, en tout état de cause avant sa sortie, un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations : ce questionnaire rempli est rendu à l'administration sous pli cacheté et sous une forme anonyme si le malade le désire.

Le Directeur communique annuellement à la CDU et aux Instances de l'Etablissement les résultats de l'exploitation de ces documents.

### **3.7 – Transport à la sortie**

Si, lors de sa sortie, son état nécessite un transport, que ce soit en véhicule sanitaire ou non sanitaire, le malade a le libre choix de l'entreprise de transport.

L'établissement tient par ailleurs à la disposition des malades la liste des sociétés de transport sanitaires agréées dans le département.

Si la personne n'exprime pas de choix, l'HIHL fait appel aux entreprises à tour de rôle.

## **4 – MESURES A PRENDRE EN CAS DE DECES DES HOSPITALISES**

### **4.1 – Dispositions générales**

Lorsque l'état d'un hospitalisé ou d'un résident s'est aggravé et qu'il est en fin de vie, il est transporté, avec toute la discrétion souhaitable, en fonction des disponibilités de l'unité, dans une chambre individuelle du service.

Ses proches sont admis à rester auprès de lui et à l'assister dans les derniers instants ; ils peuvent être admis à prendre leurs repas dans l'établissement et à demeurer en dehors des heures de visite si les modalités d'hospitalisation du malade le permettent.

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

Le décès est constaté par un médecin qui établit un certificat de décès, lequel est transmis au bureau des admissions.

Pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France, la notification du décès est communiquée au consulat le plus proche.

Pour les mineurs, la notification est faite au Conseil Départemental (Pôle Solidarité/Enfance) quand ils relèvent d'un service de l'aide sociale à l'enfance.

### **4.2 – Mesures administratives**

Les décès sont constatés conformément aux dispositions du code civil.

Conformément à l'article 80 du code civil, les décès sont inscrits sur un registre spécial ; celui-ci est transmis dans les vingt quatre heures au bureau d'état civil de la mairie du site où a été constaté le décès.

Dans les cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un hospitalisé, le Directeur prévenu par le médecin du service, avise l'autorité judiciaire, conformément à l'article 81 du code civil.

#### 4.3 – Dispositions à prendre dans le service

Lorsque le décès a été médicalement constaté, l'infirmier/infirmière de service procède à la toilette et à l'habillage du défunt avec toutes les précautions convenables et dresse l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, somme d'argent, papiers, clefs, etc., qu'il possédait.

Cet inventaire est dressé en présence d'un témoin : il est inscrit sur un registre spécial.

L'inventaire mentionné est signé par le cadre de santé, ou l'infirmier/l'infirmière et le témoin, puis remis au bureau des admissions avec les bijoux, somme d'argent, carte bancaire, chéquier et clefs. Les autres objets seront déposés dans le local affecté à cet usage sur chaque site de sorte à pouvoir les identifier.

Aucun de ces objets ne peut être directement remis par le personnel aux ayants droit du malade ou à ses amis.

Le corps est ensuite déposé à la chambre mortuaire et ne peut être transféré hors de l'hôpital qu'avec les autorisations exigées par les lois et règlements.

Dans la mesure où les circonstances le permettent, la famille a accès auprès du défunt avant que le corps ne soit déposé dans la chambre mortuaire.

Les familles peuvent demander la présentation du corps en chambre mortuaire. Cette présentation est faite dans une salle spécialement aménagée à cet effet dans les locaux mortuaires.

La conservation du corps en chambre mortuaire est admise sans facturation dans la limite des places disponibles et dans la limite de 72 heures après le décès. Le corps peut être transféré, avant mise en bière, en chambre funéraire privée dans les 24 heures après le décès.

Le corps ne peut être transporté hors de l'établissement qu'avec les autorisations exigées par les lois et règlements.

#### 4.4 – Prise en compte des espèces, valeurs et bijoux

Les espèces, valeurs et bijoux sont versés dans les meilleurs délais au Receveur.

La dévolution des sommes d'argent, valeurs, bijoux et de tous objets laissés par le défunt est opérée dans les conditions prévues par le code civil et le code de la santé publique.

#### 4-5 – Objets abandonnés au décès (art L.1113-1 à 8)

Les objets abandonnés à la sortie ou au décès de leurs détenteurs dans un des établissements mentionnés à l'article L. 1113-1 sont déposés entre les mains du comptable public par le personnel de l'établissement.

Sous réserve des dispositions de l'article L. 6145-12, les objets non réclamés sont remis, un an après la sortie ou le décès de leur détenteur, à la Caisse des dépôts et consignations s'il s'agit de sommes d'argent, titres et valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, à l'administration chargée des domaines aux fins d'être mis en vente.

Les établissements de santé, ainsi que les établissements sociaux ou médico-sociaux hébergeant des personnes âgées, sont responsables de plein droit du vol, de la perte ou de la détérioration des objets déposés entre les mains des préposés commis à cet effet ou du comptable public, par les personnes qui y sont admises ou hébergées (régime de responsabilité prévu aux articles L. 1113-1 et L. 1113-2)

***Les règles relatives à la gestion du décès et de la chambre mortuaire sont décrites dans une annexe au présent Règlement Intérieur (Règlement Intérieur de la chambre mortuaire).***

## CHAPITRE : III

### *Le fonctionnement médical*

#### POSITION DU DOCUMENT

<u>Document amont</u>	<u>Document aval</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manuel HAS</li> <li>- Art. R.711-6-21 du Code de la Santé Publique</li> <li>- Art. L 6141-2 du Code de la Santé Publique</li> <li>- Art. R.711-6-9 du Code de la Santé Publique</li> <li>- Décret n°79.506 du 28 juin 1979 – art. 60 et 61</li> <li>- Art. R 1112-2 du Code de la Santé Publique</li> <li>- Art. 1221-40 du Code de la Santé Publique</li> <li>- Art. L 1110-5 du Code de la Santé Publique</li> <li>- Loi du 4 mars 2002</li> <li>- Décret n°92-1210 du 13 novembre 1992</li> <li>- Loi du 31 juillet 1991</li> <li>- Art. L 162-5 du Code de la Sécurité Sociale</li> <li>- Art. L 111-4</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Projet d'Etablissement</li> <li>- Tableau permanence des médecins</li> <li>- Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens</li> <li>- Convention des Médecins</li> <li>- Conventions inter-hospitalière</li> <li>- Tableau de garde mensuel</li> <li>- Maîtrise du circuit du médicament</li> <li>- Livret thérapeutique</li> </ul>

<b>Réf</b> Règlement intérieur HIHL / Chapitre III Version 1 - Juin 2008 Version 2 – Janvier 2014  Version 3 – janvier 2016 Version 4 – décembre 2021	Création Modification des paragraphes 1.9 ; 3.1 et actualisation (Loi HPST) Modification paragraphe 3.1 Actualisation du document
---	--

Participants : A. DAVID J. MINUZZO MD. PERIOT

<b>REDACTION :</b> <i>(Signature du pilote du groupe de travail)</i>	<b>APPROBATION :</b> <i>(Signature du responsable QVR)</i>	<b>APPROBATION :</b> <i>(Signature du président de la CME)</i>	<b>APPROBATION :</b> <i>(Signature du président du CS)</i>	<b>APPROBATION :</b> <i>(Signature du président du CTE)</i>
J. MINUZZO	A. GUIBERT	C. BEAUBATIE	C. PEYRONNET	A. DAVID



<b>RSM</b>	<b>VALIDATION DU DIRECTEUR</b>
A.DAVID	A.DAVID

Site Jolibois

4, avenue Charles de Gaulle  
 87300 BELLAC  
 Tél. : 05 55 47 20 20  
 E-mail : dg@hihl.fr

Site La Josnière

9, avenue F. de la Josnière  
 87210 LE DORAT  
 Tél. : 05 55 60 55 55  
 E-mail : drh@hihl.fr  
 soins@hihl.fr

Site Beauséjour

8, avenue George Sand  
 87190 MAGNAC-LAVAL  
 Tél. : 05 55 60 52 00  
 E-mail : dsef@hihl.fr

## **1 – DISPOSITIONS COMMUNES A TOUS LES SERVICES**

### **1.1 - Le Projet d’Etablissement intégrant le Projet Médical**

L’activité des médecins s’inscrit dans le **Projet Médical**, préalablement élaboré par le Président de la CME, le vice-Président du Directoire, avec le directeur et en conformité avec le CPOM, est approuvé par le Directoire.

Le Projet Médical définit la stratégie médicale de l’Etablissement et précise les mesures qui doivent être prises en application du CPOM.

Le Projet Médical est l’élément central du Projet d’Etablissement sur lequel délibère le Conseil de Surveillance, après avis des Instances. Il est soumis à la validation du Directeur Général de l’ARS.

Il comprend notamment :

- Les objectifs médicaux en cohérence avec le SROS et le contenu de l’offre de soins ;
- Les objectifs de l’établissement en matière d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- L’organisation des moyens médicaux ;
- Une annexe spécifique précise l’articulation entre les pôles pour garantir la cohérence du parcours de soins du patient ;
- Un volet relatif à l’activité palliative.

### **1.2 – Participation aux instances**

Tout médecin membre élu ou délégué par ses pairs à la Commission Médicale d’Etablissement, au Conseil de Surveillance, au Comité Technique d’Etablissement, au Comité d’Hygiène de Sécurité et des conditions de travail et aux sous-commissions de la CME (CLIN, CLUD, CSTH, CLAN,...) s’engage, à ce titre, à participer activement aux réunions et aux travaux de ces instances.

### **1.3 – Coordination**

Les interventions des médecins ont lieu dans le respect de l’organisation générale et des projets de service élaborés en liaison avec la Direction des Soins. En outre, les médecins coordonnent leurs activités respectives pour participer à la permanence médicale de l’hôpital (tableaux de service) et au service de garde organisé pour les nuits, les dimanches et les jours fériés.

### **1.4 – Conventions inter hospitalières/Réseaux/Qualité**

Les médecins s’engagent à respecter les termes des conventions passées entre l’H.I.H.L. et les autres établissements de soins publics ou privés et médico-sociaux. Ils doivent respecter également les conventions passées avec les divers prestataires de service de l’hôpital.

Ils s’engagent à participer, en application des orientations du Projet Médical et du Contrat Pluriannuel d’Objectifs et de Moyens, à la dynamique de réseau et aux activités de prévention et d’éducation à la santé que l’hôpital pourrait développer dans le cadre de ses missions.

Les médecins s’engagent également à contribuer à la démarche continue d’amélioration de la qualité que ce soit en court et moyen séjour ou en EHPAD, notamment en s’impliquant dans les Evaluations des Pratiques Professionnelles.

### **1.5 - Présence à l’hôpital**

Les médecins préciseront au minimum les jours et heures de la semaine où ils seront à l’hôpital à la disposition des malades et/ou des familles avec possibilité ou non de rendez – vous. Ces renseignements seront portés à la connaissance du public dans le service concerné.

### **1.6 – Remplacement des médecins pour toutes absences**

Les médecins sont tenus d’organiser leurs remplacements et d’informer formellement le Directeur préalablement à toute absence et à les traduire sur les tableaux de service.

## 1.7 – Droits et obligations statutaires des praticiens hospitaliers

Ils découlent de l’application des dispositions réglementaires en vigueur propres à leur statut

## 1.8 – Formation

Les médecins s’engagent à participer aux actions de formation continue, organisées par l’hôpital ou par les Autorités de Tutelles, en gériatrie, soins palliatifs, lutte contre la douleur et à celles se rapportant à l’utilisation des applications informatiques professionnelles.

## 1.9 – Définition du service normal de jour et du service de garde

L’activité médicale des services s’organise en distinguant un service normal de jour et un service de garde.

**Le service normal de jour** comprend les services quotidiens du matin et de l’après midi organisés du lundi matin 8 heures au samedi suivant 12 heures (11 demi-journées) auprès des malades hospitalisés dans les différents services de l’établissement.

Dans le respect de l’organisation et des affectations médicales spécifiques à chaque service, l’ensemble des besoins médicaux du service normal de jour, en dehors des cas d’urgence, est couvert par les médecins de l’établissement.

**Le service de garde** a pour objet d’assurer pendant chaque nuit et du samedi 12 heures au lundi 8 heures, ou au cours des jours fériés, la sécurité des malades hospitalisés ou admis d’urgence et la permanence des soins excédant la compétence des personnels soignants.

Il est organisé pour l’ensemble des services de soins et médico-sociaux de l’hôpital.

En application du Code de la Santé Publique, et des arrêtés ministériels en vigueur traitant de ce thème, dans le cadre des dispositions sur l’organisation générale du service normal de jour et du service de garde arrêtées par le directeur, après avis de la C.M.E., ce dernier établit, avant le 20 de chaque mois, pour le mois suivant, le tableau général mensuel nominatif de service, sur proposition du médecin référent désigné après avis de la CME pour coordonner l’organisation de la permanence des soins. Ce tableau, affiché dans les services concernés, indique les périodes de temps de travail de jour et d’astreinte à domicile, et précise le nom et la qualité du praticien qui en est chargé.

Toute modification devra être signalée au Directeur.

**Pour chaque nuit**, le service de garde commence à la fin du service normal d’après-midi à 20 heures, pour s’achever au début du service normal du lendemain matin à 8 heures.

**Pour chaque congé de fin de semaine**, le service de garde commence le samedi précédent à 12 heures pour s’achever le lundi matin suivant à 8 heures.

**Pour chaque jour férié**, le service de garde commence à 8 heures pour s’achever à 20 heures.

Les gardes médicales sont assurées par les médecins qui participent à la couverture des besoins du service normal de jour, y compris les remplaçants des médecins.

Les astreintes médicales sont indemnisées conformément aux dispositions réglementaires en vigueur.

## 1.10 – La Coordination médicale

La coordination des activités médicales sur l’ensemble de l’établissement est confiée, après avis de la CME, à deux praticiens temps plein :

- un praticien chargé des activités de court et moyen séjour, responsable de l’organisation et de l’évaluation des soins,
- un praticien chargé des activités du secteur gériatrique (USLD, EHPAD, accueil de jour gériatrique,...) dont les missions sont précisées par les dispositions réglementaires en vigueur.

Ces praticiens sont notamment chargés, après avis de la CME, de missions transversales, de formation des personnels et partenaires externes, de l’animation des sous-commissions de la CME, de la démarche qualité, des interventions extérieures à l’établissement dans le cadre des actions de coopération

mises en place, de l'implication dans les réseaux et contribuent à coordonner les démarches d'Evaluation des Pratiques Professionnelles.

#### 1.11 – Intervention des médecins spécialistes (Art. R 711.6.17 du décret du 13.11.1992)

Les médecins libéraux ayant passé contrat avec le Directeur de l'établissement, approuvé par le Directeur Général de l'ARS, peuvent, à titre exceptionnel, faire appel à des médecins spécialistes.

Les honoraires qui sont versés à ces derniers sont à la charge du budget hospitalier, pour les unités de court et moyen séjour.

L'appel est formulé par le médecin de l'hôpital qui doit en aviser aussitôt le Directeur.

#### 1.12 – Le dossier médical et l'information des personnes accueillies dans les services d'hospitalisation et d'hébergement

##### a – Le Dossier médical (Art. R. 1112-2)

Un dossier médical, intégré au Dossier Patient, s'appuyant sur le Dossier Patient Informatisé (DPI), est constitué pour chaque personne accueillie dans un établissement de santé. Ce dossier, dont le contenu et le classement sont précisés par le Code de la Santé Publique (article susvisé), contient au moins les documents suivants :

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

- 1) La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission ;
- 2) Les motifs d'hospitalisation ;
- 3) La recherche d'antécédents et de facteurs de risques ;
- 4) Les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;
- 5) Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ;
- 6) La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ;
- 7) Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens paracliniques, notamment d'imagerie ;
- 8) Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire ;
- 9) La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 1221-40 ;
- 10) Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ;
- 11) Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ;
- 12) Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ;
- 13) Les correspondances échangées entre professionnels de santé.

Au cours de la prise en charge doivent apparaître les traces de la réflexion bénéfices-risques de la stratégie diagnostique et thérapeutique : cette réflexion doit être adoptée avec le patient avant chaque acte invasif ou traitement lourd (art. L. 1110-5 du C.S.P.), en dehors des situations d'urgence.

Les dossiers médicaux sont conservés conformément à la réglementation relative aux archives hospitalières.

Le Directeur veille à ce que toutes les dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des dossiers conservés dans l'établissement.

##### b – Communication du dossier médical et accès au dossier médical (art. L.1111-15 à 18)

La communication du dossier médical intervient, sur la demande de la personne qui est ou a été hospitalisée, ou de son représentant légal, ou de ses ayants droits en cas de décès, conformément aux dispositions prévues par la loi du 04 mars 2002 et ses textes d'applications.

Le patient peut avoir un accès direct à son dossier. Avant toute communication, l'établissement de santé doit s'assurer de l'identité du demandeur et s'informer de la qualité du praticien désigné.

La reproduction et l'envoi par l'établissement des documents obligatoires contenus dans le dossier médical, s'effectuent aux frais de la personne qui sollicite la communication, selon les tarifs fixés par le Conseil de surveillance.

Le praticien communique les informations médicales au patient ou à son représentant légal dans le respect des règles de déontologie, et aux ayants droits dans le respect des règles du secret médical. Dans le cas où le praticien qui a prescrit l'hospitalisation demande communication du dossier médical du patient, cette communication ne peut intervenir qu'après accord de celui-ci, ou de son représentant légal, ou de ses ayants droits en cas de décès.

La communication du dossier médical est assurée, par l'intermédiaire du médecin coordonnateur concerné, par le praticien responsable de la structure médicale concernée ou par tout membre du corps médical de l'établissement désigné à cet effet.

#### *c – Consentement éclairé (Art. L. 6111-4)*

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés.

La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

#### *d – Informations au médecin traitant*

A la fin de chaque séjour hospitalier, les informations suivantes sont établies de manière formalisée :

- 1) le compte rendu d'hospitalisation avec diagnostic de sortie et la lettre de sortie rédigée par le médecin
- 2) la prescription de sortie et l'ordonnance de sortie, dont les doubles sont conservés dans le dossier,
- 3) la fiche de liaison infirmière.

Ces informations, ainsi que tous les autres éléments jugés nécessaires, sont adressées dans un délai de 8 jours au praticien que le patient ou son représentant légal aura désigné afin d'assurer la continuité des soins. Il est alors établi des doubles de ces documents qui demeurent dans le dossier du patient.

Dans tous les cas, le Directeur de l'établissement veille à ce que toutes mesures soient prises pour assurer la communication du dossier médical conformément aux règles définies ci-dessus.

L'hôpital est tenu d'informer par lettre le praticien désigné par le malade hospitalisé ou sa famille de la date et de l'heure de l'admission du malade et du service concerné. Il l'invite en même temps à prendre contact avec le service hospitalier, à fournir tous renseignements utilisés sur le malade et à manifester éventuellement le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de ce dernier.

En cours d'hospitalisation, le médecin du service communique au praticien désigné dans les mêmes conditions que ci-dessus et qui en a fait la demande écrite, toutes informations significatives relatives à l'état du malade.

### 1.13 – Evaluation et système d'information

La Commission Nationale de l'Information et des Libertés a autorisé l'HIHL à mettre en œuvre l'informatisation de la gestion du circuit du médicament, du dossier patient, de l'évaluation et de l'analyse de la clientèle des malades hospitalisés. Tous les médecins participent à l'évaluation de l'activité médicale. S'ils ne saisissent pas eux – mêmes toutes les données informatiques, ils devront assurer la saisie des données médicales et communiquer les informations nécessaires à la personne compétente. Ils devront faire figurer l'objectif du séjour, le motif d'admission, le diagnostic de sortie sur le dossier médical. Chaque médecin a accès aux données concernant ses malades et peut les communiquer à la demande du patient suivant les règles en vigueur garantissant le secret médical.

Conformément à la réglementation en vigueur, les médecins intervenant en court et moyen séjour s'engagent à communiquer, selon la procédure et dans les délais requis, les éléments nécessaires en matière de PMSI au médecin DIM, via le secrétariat médical.

Les médecins intervenant en EHPAD et USLD s'engagent à procéder à l'évaluation (GIR, PATHOS, ...) à l'entrée du résident dans l'unité puis régulièrement ou à la demande des Autorités, en liaison avec l'équipe paramédicale.

### 1.14 – Le personnel

Le personnel mis à disposition des médecins par l'hôpital pour l'activité hospitalière reste sous la responsabilité du Directeur. Les médecins informeront ce dernier de tout manquement à la bonne exécution du traitement et au respect des règles d'hygiène et de prophylaxie.

Les personnels de l'établissement n'interviennent pas à l'occasion d'activités de consultations médicales exercées par les médecins libéraux dans les locaux de l'HIHL mis à disposition de ces derniers par voie de convention dans le cadre de la permanence des soins de ville.

## **2 – DISPOSITIONS PROPRES AU SERVICE DE MEDECINE**

### 2.1 – Le libre choix du malade

Le droit du malade au libre choix de son praticien est le principe fondamental du fonctionnement de ce service dont la capacité d'accueil est fixée par site et ouverte à chacun des médecins autorisés à exercer son activité libérale dans l'établissement.

### 2.2 – Autorisation d'exercer (Art. L 6146-2 et 6146-17 à 19)

Dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur, sur proposition du chef de pôle, et/ou après avis du Président de la Commission Médicale d'Etablissement, peut admettre des médecins exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires exerçant dans le cadre des dispositions de l'article L. 6154-1, à participer à l'exercice des missions de service public mentionnées à l'article L. 6112-1 attribuées à cet établissement ainsi qu'aux activités de soins de l'établissement.

Les professionnels de santé mentionnés ci-dessus participent aux missions de l'établissement dans le cadre d'un contrat conclu avec l'établissement de santé, qui fixe les conditions et modalités de leur participation et assure le respect des garanties mentionnées à l'article L. 6112-3 du Code de la Santé Publique. Ce contrat est approuvé par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

Le contrat prévu à l'article R. 6146-17 est signé pour une durée de cinq ans maximum, renouvelable par avenant. La demande de renouvellement est adressée par le professionnel de santé intéressé au directeur de l'établissement au plus tard trois mois avant le terme du contrat.

La révision et le renouvellement du contrat sont approuvés par le directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions prévues à l'article R. 6146-17.

En cas de non-respect de ses engagements par le professionnel libéral, le directeur de l'établissement peut mettre fin au contrat soit de sa propre initiative, soit à la demande du directeur de l'agence régionale de santé, après avis de la commission médicale d'établissement. Cette mesure est prise après mise en demeure du professionnel de santé intéressé.

Il peut être immédiatement mis fin au contrat lorsque le professionnel de santé fait l'objet d'une sanction pénale, ou d'une sanction ordinaire d'une durée égale ou supérieure à trois mois d'interdiction d'exercer.

Ils doivent être en mesure de pouvoir se rendre à l'hôpital en moins de 15 minutes lors de leurs d'activité.

Par la signature du contrat, les médecins s'engagent à informer le Directeur de leurs remplacements. Ceux-ci s'engagent de manière formelle à respecter, notamment :

- les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS et des sociétés savantes,
- le présent Règlement Intérieur,
- le Projet d'Etablissement,
- le programme d'actions prévu à l'article L.6144-1 (politique continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que les conditions d'accueil des usagers
- les mesures mises en place pour assurer la continuité des soins, et notamment le délai d'intervention visé plus haut.
- les conventions passées entre l'hôpital et les autres établissements de soins.

### 2.3 - Participation à la permanence médicale

Tous les médecins autorisés à exercer dans le service de médecine participent à la permanence médicale de l'hôpital, de jour comme de nuit, organisée par le médecin responsable, après avis de la Commission Médicale d'Etablissement.

Chaque médecin précisera les jours et heures de la semaine où il sera à l'hôpital, à la disposition des malades et de leur famille. Ces renseignements seront portés à la connaissance des intéressés par voie d'affichage dans l'hôpital et dans le livret d'accueil.

### 2.4 – Honoraires et indemnisation

Les honoraires des médecins exerçant à titre libéral, autorisés à participer par contrat à l'exercice des missions de service public de l'établissement, sont à la charge de l'établissement public de santé. Par exception aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, l'établissement public de santé verse aux intéressés les honoraires aux tarifs prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du même code, minorés d'une redevance de 15%.

#### a – Indemnisation de la permanence des Soins

Les professionnels médicaux sont indemnisés au titre de leur participation à la permanence des soins de l'établissement prévue au 1° de l'article L. 6112-1, les samedis après-midi, dimanches et jours fériés ainsi que la nuit.

Cette indemnité est forfaitaire.

#### b – Etat mensuel des actes

Chaque professionnel de santé ayant conclu un contrat transmet au directeur de l'établissement un état mensuel comportant la liste des actes dispensés à chaque patient.

Au vu de ces documents et compte tenu des informations transmises en application du troisième alinéa de l'article L. 6113-7, l'établissement procède à la détermination du montant et au versement des

honoraires prévus à l'article L. 6146-2.

La redevance prévue au premier alinéa de ce même article, et dont le montant s'impute sur ces honoraires, représente la part des frais des professionnels de santé supportée par l'établissement pour les moyens matériels et humains qu'il met à leur disposition. Le taux de cette redevance est fixé en considération de la nature de l'activité du professionnel intéressé. Un arrêté des ministres chargés du budget, de la sécurité sociale et de la santé en fixe les modalités de calcul.

## 2.5 – Activité

Chaque médecin s'engage à contribuer au respect des limites d'activité figurant dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens, signé par le directeur de l'HIHL après avis de la CME et des autres Instances, notamment pour ce qui concerne le court et moyen séjour (objectifs quantifiés).

## 2.6 – La surveillance médicale des services

Chaque praticien a la responsabilité de l'organisation de la permanence médicale dans son service ou son unité. A ce titre, il doit participer :

- aux services de garde organisés à l'hôpital,
- au service normal de jour de l'établissement,
- aux remplacements de praticiens imposés par les différents congés, le cas échéant

# **3 – PRESCRIPTIONS PHARMACEUTIQUES ET DELIVRANCE DES MEDICAMENTS**

## 3-1 -L'activité de la Pharmacie à usage Intérieur (P.U.I)

### ➤ Définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles

Le directeur de l'HIHL, en concertation avec le Président de la CME élabore et met en œuvre une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à son activité.

Dans ce cadre, il définit une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles avec la volonté d'accentuer la prévention et la gestion des risques, et la qualité des soins.

### ➤ Organisation du circuit du médicament

## La PUI et la réalisation de préparations

L'activité d'une PUI d'un établissement de santé est en principe limitée à l'usage particulier des malades qui sont traités et hospitalisés dans cet établissement.

Il existe néanmoins un certain nombre de dérogations à ce principe, autorisées par le directeur de l'Agence Régionale de Santé et toutes fondées sur l'organisation la plus efficace de la délivrance des médicaments au bénéfice des patients.

Il est désormais prévu que, pour certaines catégories de préparations, une PUI d'un établissement de santé peut confier la réalisation de préparations à un établissement pharmaceutique autorisé à fabriquer des médicaments.

Un contrat écrit est passé entre les parties.

Les préparations concernées sont réalisées en conformité avec les bonnes pratiques énoncées à l'article L. 5121-5 du CSP.

Les mesures concernant la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles témoignent du souci de renforcer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Les établissements de santé intègrent dans leurs missions la politique du médicament.

La CME est largement responsabilisée en ce domaine.

## 3.2 – Les prescriptions pharmaceutiques

Les médicaments sont exclusivement délivrés par la Pharmacie de l'hôpital, à l'exception de ceux non agréés aux collectivités, selon les modalités définies, notamment, par le document qualité validé

« Maîtrise du circuit du médicament » et dont l'actualisation est tracée par le Bureau Qualité.

Parmi les principales dispositions prévues :

Les prescriptions de médicaments ne peuvent être effectuées que par les personnes habilitées inscrites sur la liste établie par le Directeur de l'établissement.

Les praticiens prescripteurs doivent transmettre annuellement au directeur la liste de leurs diplômes et/ou formations suivis, celui-ci transmettant ce document au pharmacien.

Les prescriptions sont individuelles, nominatives et effectuées par écrit sur des ordonnances à usage intérieur ou sur support informatique et doivent comporter les mentions obligatoires suivantes :

- date, identification et signature du prescripteur,
- identification du malade : nom, prénom, âge, sexe, taille, poids, antécédents...,
- identification des médicaments : dénomination, forme, dosage, posologie, durée du traitement,
- voie d'administration...,
- ainsi que toute autre information nécessaire à la dispensation des produits. Un exemplaire de cette prescription sera conservé dans le dossier du patient, l'autre exemplaire sera éventuellement transmis à la pharmacie.

Les prescriptions de médicaments classés comme stupéfiants sont rédigées en double exemplaire sur ordonnance numérotée, extraite d'un carnet à souche, de couleur rose et réservée à l'usage interne. Ces prescriptions comportent les mêmes mentions obligatoires que précédemment et les quantités prescrites doivent être indiquées en toutes lettres. Les médecins responsables doivent contrôler et signer les relevés nominatifs ainsi que les carnets de dotation des services.

Lors de ses prescriptions, le médecin respecte la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et prescrit, préférentiellement, les spécialités inscrites sur le livret thérapeutique validé par la CME.

En cas de prescription de médicaments non agréés aux collectivités, le patient (ou son entourage) sera amené à prendre à sa charge ces produits.

A contrario, certains médicaments non remboursés par les organismes d'assurance maladie sont agréés aux collectivités et fournis par la Pharmacie à Usage Intérieur de l'hôpital.

La réglementation sur les médicaments évolue périodiquement pouvant entraîner une modification du statut des médicaments et donc leur prise en charge par l'hôpital et les caisses d'assurance maladie.

## **4 – ACTES D'IMAGERIE MEDICALE ET EXAMENS BIOLOGIQUES**

### **4.1 – Actes d'imagerie médicale et examens biologiques**

Pour l'exécution de ces actes, les médecins de l'hôpital et ceux qui sont autorisés à y exercer sont tenus d'adresser leurs demandes d'examens médicaux au Cabinet de radiologie et aux laboratoires d'analyses avec lesquels l'hôpital a passé un marché public ou une convention.

Toute exception à cette règle, résultant d'une urgence ou de l'impossibilité technique de réaliser la prestation demandée, fera l'objet d'une information de l'administration.

## CHAPITRE : IV

### *Dispositions concernant le personnel*

#### POSITION DU DOCUMENT

<u>Document amont</u>	<u>Document aval</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manuel HAS</li> <li>- Circulaire n°90 du 2 mars 2006</li> <li>- Arrêté du 8 septembre 2003</li> <li>- Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 – art. 27 et 26</li> <li>- Décret du 15 novembre 2006</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Guide du Gestion du temps de Travail</li> <li>- Livret d'accueil du personnel</li> </ul>

<u>Réf</u>	<p>Règlement intérieur HIHL / Chapitre IV</p> <p>Version 1 - juin 2008</p> <p>Version 2 – octobre 2013</p> <p>Version 3 – décembre 2021</p>	<p>Création</p> <p>Ajout sur le cumul d'activité, sur l'utilisation des réseaux sociaux, sur la tenue des vestiaires, sur les cartes professionnelles ...</p> <p>Insertion § sur le bon usage du téléphone portable</p> <p>Actualisation du document</p>
------------	---	--

#### Participants : A. DAVID J. MINUZZO MD. PERIOT

<b>REDACTION :</b> <i>(Signature du pilote du groupe de travail)</i>	<b>APPROBATION :</b> <i>(Signature du responsable QVR)</i>	<b>APPROBATION :</b> <i>(Signature du président de la CME)</i>	<b>APPROBATION :</b> <i>(Signature du président du CS)</i>	<b>APPROBATION :</b> <i>(Signature du président du CTE)</i>
J. MINUZZO	A. GUIBERT	C. BEAUBATIE	C. PEYRONNET	A. DAVID



<b>RSM</b>	<b>VALIDATION DU DIRECTEUR</b>
A.DAVID	A.DAVID

Site Jolibois

4, avenue Charles de Gaulle  
87300 BELLAC  
Tél. : 05 55 47 20 20  
E-mail : dg@hihl.fr

Site La Josnière

9, avenue F. de la Josnière  
87210 LE DORAT  
Tél. : 05 55 60 55 55  
E-mail : drh@hihl.fr  
soins@hihl.fr

Site Beauséjour

8, avenue George Sand  
87190 MAGNAC-LAVAL  
Tél. : 05 55 60 52 00  
E-mail : dsef@hihl.fr

# **1 – LES DROITS ET GARANTIES DU PERSONNEL**

## **1.1 - Liberté d'opinion**

La liberté d'opinion est garantie au personnel dans le cadre des lois, des règlements et des règles statutaires.

## **1.2 - Liberté d'expression**

La liberté d'expression est garantie au personnel, dans la limite du devoir de réserve et de l'obligation de discréetion qui lui incombe.

## **1.3 - Egalité de traitement**

Aucune distinction directe ou indirecte ne peut être faite entre les personnels en raison de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, de leur origine, de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur apparence physique, de leur handicap ou autres.

Toutefois, des distinctions peuvent être faites afin de tenir compte d'éventuelles inaptitudes physiques à exercer certaines fonctions

## **1.4 - Harcèlement moral**

Aucun membre du personnel ne doit subir des agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale et de compromettre son avenir professionnel.

## **1.5 - Le Droit Syndical**

Le droit syndical est garanti au personnel de l'Etablissement qui peut librement créer des organisations syndicales, y adhérer et y exercer des mandats.

Les organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions. Les représentants syndicaux du HIHL bénéficient dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions d'autorisations spéciales d'absence ou de décharges d'activité dans le cadre de la législation applicable.

Il appartient au Directeur de l'établissement de garantir l'exercice du droit syndical sous réserve des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis des usagers.

## **1.6 - Le Droit de grève**

Le personnel de l'établissement exerce le droit de grève dans le cadre des lois qui le réglementent et des dispositions spécifiques à la continuité du service public hospitalier.

Dans l'établissement, après sollicitation de l'avis du CTE, est institué un effectif minimum à respecter en cas de grève, par site et par service, afin d'assurer la sécurité et la continuité des soins et de l'accompagnement des résidents. L'assignation des agents grévistes destinée à permettre le respect de cet effectif minimum est réalisée par le Directeur ou son représentant.

Un recensement des agents grévistes est effectué le jour de la grève par les cadres et transmis à la DRH.

## **1.7 - Le Droit à la protection**

Les personnels de l'établissement bénéficient, à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection organisée par l'Hôpital Intercommunal du Haut Limousin, dans la mesure où aucune faute détachable du service n'est imputable à l'agent.

L'Hôpital Intercommunal du haut Limousin protège les membres du personnel de l'établissement contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être

victimes à l'occasion de leurs fonctions, et prend les mesures permettant, de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en aurait résulté.

#### 1.8 - Le Droit à rémunération

Les personnels de l'établissement ont droit, après service fait, à la rémunération et aux indemnités prévues par la réglementation en vigueur.

## **2 – LES DEVOIRS ET OBLIGATIONS DU PERSONNEL**

### ***Les règles fondées sur le respect du malade ou résident***

Tout agent s'engage, lors de sa prise fonction dans l'établissement à faire siennes les valeurs du service public hospitalier et à respecter les chartes visant au respect des droits des personnes accueillies.

#### 2.2 - Le Devoir d'information du public/Accueil et respect du libre choix des familles

Les personnels hospitaliers répondent aux demandes d'information des usagers dans le respect des règles énoncées dans les deux rubriques suivantes. Ils participent ainsi à la transparence des décisions et des dossiers.

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

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

Le libre choix des familles est rigoureusement respecté lorsque celles-ci désirent faire appel à des entreprises privées (ambulances, pompes funèbres...).

#### 2.3 - Le secret professionnel – Loi N°83-634 du 13.07.1983 (article 27)

Institué dans l'intérêt des malades ou résidents, 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. La violation du secret professionnel est passible de sanctions non seulement disciplinaires mais aussi pénales.

Certes, le secret professionnel ne s'applique pas dans les cas de révélation obligatoire prévus par les lois et règlements.

Le médecin, le Directeur ou son représentant peuvent toutefois s'affranchir de l'obligation de secret au profit d'un juge d'instruction ou d'un officier de police judiciaire agissant sur commission rogatoire du magistrat, qui, seuls, peuvent requérir la délivrance de certificats ou la saisie de dossier dans les conditions fixées par la loi.

#### 2.4 - Obligation de discréction professionnelle – Loi N°83-634 du 13.07.1983 (article 26)

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

#### 2.5 - Devoir général de réserve – Respect de la liberté de conscience et d'opinion

Tout agent doit observer, dans l'expression de ses sentiments et de ses pensées, une réserve compatible avec l'exercice de ses fonctions. Il est tenu, dans l'exécution de son service, au devoir de stricte neutralité qui s'impose à tout agent collaborant au service public. Il doit s'abstenir de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou déplacés, susceptibles d'importuner ou de choquer les malades, les visiteurs et les autres agents de l'établissement.

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

#### 2.6 - Respect du confort des malades et des résidents

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

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

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

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

Par respect du malade ou le résident, le personnel doit frapper à la porte de la chambre avant d'y entrer.

#### 2.7 - Obligation de déposer argent, valeurs ou objets confiés par les malades ou trouvés dans l'hôpital

Aucun employé de l'Hôpital Intercommunal du Haut Limousin ne doit conserver des dépôts d'argent ou d'objets de valeur appartenant à des malades.

Ces dépôts doivent être versés, sans délai, au régisseur des recettes disposant d'un coffre-fort à cet effet.

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

#### 2.8 - Exigence d'une tenue correcte

Une tenue irréprochable dans l'habillement comme dans le langage est exigée de l'ensemble du personnel.

La familiarité à l'égard des malades et résidents est formellement proscrite.

### *Autres règles de comportement professionnel*

#### 2.9 - Obligation de désintéressement

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

#### 2.10 - Interdiction d'exercer une activité privée lucrative

Les personnels de l'hôpital sont tenus de se consacrer à leurs fonctions. Il leur est interdit d'exercer, à titre professionnel une activité privée lucrative. Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires sur les cumuls.

#### 2.11 - Interdiction de pourboires

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

#### 2.12 - 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. Certes, l'application de cette disposition ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par des dispositions législatives.

#### 2.13 - 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.

#### 2.14 - Témoignage en justice ou auprès de la police

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

#### 2-15 - 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.

Il peut être exigé un remboursement en cas de dégradation volontaire ou d'incurie caractérisée.

#### 2-16 - Bon usage des ressources informatiques et des services internet

En application de la Politique de Sécurité du Système d'Information, tout agent doit utiliser les ressources informatiques et les ressources internet selon les règles définies dans la « charte utilisateur » qui lui est remise dès son recrutement et dont un exemplaire signé est conservé dans son dossier. Cette charte précise ses responsabilités, en accord avec la réglementation en vigueur en la matière. Elle est associée au présent Règlement Intérieur.

De plus, il est rappelé que l'utilisation inappropriée des médias sociaux (facebook, twiter...) est inacceptable. Celle-ci recouvre notamment : la publication de contenus dénigrant l'établissement, la publication de commentaires diffamatoires entre ou à propos de collègues ou patients/résidents ainsi que le partage d'informations confidentielles. Cette obligation survit même après la rupture du lien d'emploi.

#### 2-17 - 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 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 leurs emplois (visite médicale périodique, examens spéciaux pour les professionnels affectés dans des secteurs à risque particulier).

#### 2.18 - Tenue vestimentaire de travail/ vestiaires

Toutes les personnes dont le port d'une tenue de travail est obligatoire, doivent porter la tenue

vestimentaire réglementaire pendant toute la durée du service.

Toutefois, le port des vêtements de travail est interdit dans les restaurants du personnel et à l'extérieur de l'hôpital, lorsque le personnel n'est pas en service.

L'identification de la qualité de chaque professionnel s'effectue par le port de ces tenues fournies par l'établissement.

Le pôle logistique sur Magnac-Laval assure la fourniture et le blanchissage de ces vêtements de travail. Ils ne doivent en aucun cas, être emportés au domicile des agents.

Aucune personne étrangère à l'établissement n'est autorisée à pénétrer dans les vestiaires.

Tout effet vestimentaire doit se ranger à l'intérieur du vestiaire.

Chaque vestiaire doit être sécurisé par un cadenas fourni par l'agent.

Tout objet de valeurs (argent, portefeuilles...) déposé à l'intérieur reste sous la responsabilité de l'agent, l'établissement n'est en aucun cas responsable en cas de vol.

L'agent est matériellement responsable de son vestiaire. Il est tenu de l'entretenir régulièrement. Les produits d'entretien sont disponibles dans les services. Toute dégradation volontaire sera facturée et sanctionnée. Chaque agent est tenu de le maintenir et le laisser propre lors de son départ.

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

#### 2.19 - Assiduité et Ponctualité du personnel

Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions au sein de l'hôpital avec l'assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement du service public hospitalier. Il respecte ses horaires de travail fixés par les plannings prévisionnels.

#### 2.20 - Lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme et la consommation de tout autre produits illicites

Le personnel doit respecter l'interdiction de fumer (décret du 15 novembre 2006).

Il ne doit introduire ni consommer de boissons alcoolisées, ni utiliser de produits illicites dans l'enceinte de l'hôpital.

Les contrevenants s'exposent à des sanctions.

#### 2.21 - Effets et biens personnels / Responsabilité

Chaque membre du personnel est responsable de ses effets et biens personnels.

Tout vol, toute perte d'argent, valeurs ou objets divers, toute dégradation du véhicule des agents en stationnement dans l'enceinte de l'établissement, ne peuvent être imputés à la responsabilité de l'établissement.

#### 2.22 - Livret d'accueil

Un livret d'accueil du personnel est remis à tout agent intégrant l'Hôpital Intercommunal du Haut Limousin.

Un livret d'accueil spécifique est remis à tout agent recruté pour assurer des remplacements de courte durée.

#### 2.23 - Repas

Au-delà des collations prises par le personnel lors de pause prévue par la réglementation, les agents

doivent prendre leur repas, en tenue civile, exclusivement dans les locaux de chaque site affectés à cet usage (salles de restauration du personnel). Toute prise de repas dans les locaux de travail n'est absolument pas autorisée et peut faire l'objet de sanctions disciplinaires.

#### 2.24 - Règles de circulation et de stationnement

(Voir Chapitre 1 §2)

#### 2.25 – Les cartes professionnelles

Une carte professionnelle CPx est remise à chaque agent. Cette carte est une carte d'identité nationale professionnelle électronique en Santé. Délivrée par l'agence d'Etat « ASIP Santé », elle comporte les informations liées à la profession vérifiées par l'employeur, par les ordres professionnels ou par les Agences Régionales de Santé. Elle constitue le maillon final d'une chaîne de confiance qui permet à son titulaire d'attester de son identité et de ses qualifications professionnelles pour accéder aux applications informatiques de l'HIHL.

Tout agent s'engage à respecter la procédure interne de gestion de la carte.

#### 2-26 Bon usage du téléphone portable au sein de l'établissement

La multiplication et la banalisation des téléphones portables personnels peuvent impacter l'environnement professionnel.

Afin de garantir de bonnes conditions de travail pour chacun, l'utilisation des portables doit être limitée à une utilisation très restreinte (circonstances exceptionnelles d'urgences ou de gravité et non préjudiciable au travail).

Il est donc demander à chaque agent :

- de programmer leur téléphone en mode silencieux
- de cantonner l'usage des mobiles aux pauses, sauf en cas d'urgence
- de s'isoler pour téléphoner (chaque agent ayant droit au respect de vie privée sur son lieu de travail)

Il est également rappelé que certaines fonctions exigent une vigilance particulière (conduite, utilisation de machines) ou une disponibilité permanente auprès des usagers (personnel soignant). Dans ces cas précis, l'utilisation du téléphone portable est interdite sauf en cas d'urgence ou de gravité exceptionnelle. Il s'agit ici d'assurer la sécurité des agents et des tiers, de garantir la qualité et la continuité du service aux usagers.

Tout agent qui ne respecterait pas ce règlement s'expose à des sanctions disciplinaires.

#### 2-27 Vidéo protection

L'HIHL s'est doté d'un système de vidéoprotection suivant les règles en vigueur et l'autorisation préfectorale délivrée. En cas de nécessité, les agents et visiteurs peuvent demander au Directeur une extraction de photos pour défendre leurs intérêts.

Le Directeur peut également être amené à délivrer des enregistrements sur réquisition par les forces de l'ordre.

### **3 – DISPOSITIONS STATUTAIRES / ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL**

Les horaires de travail, les congés et absences font l'objet d'un volet spécifique du Règlement Intérieur (Cf. guide « Gestion du temps de travail » actualisé).

## CHAPITRE : V

### *Dispositions Générales concernant le fonctionnement administratif de l'établissement*

#### POSITION DU DOCUMENT

Document amont	Document aval
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manuel HAS</li> <li>- Art. L. 6143-1 du Code de la Santé Publique</li> <li>- Art. L. 6143-6-1 du Code de la Santé Publique</li> <li>- Art. D. 6143-37 du Code de la Santé Publique</li> <li>- Art. R. 714-5-1 du Code de la Santé Publique</li> <li>- Art. L. 6144 du Code de la Santé Publique</li> <li>- Art. L. 6146 du Code de la Santé Publique</li> <li>- Loi du 23 décembre 1982</li> <li>- Décret 16 août 1985</li> <li>- Loi HPST</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Projet d'Etablissement</li> <li>- Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens</li> <li>- Etat Prévisionnel des Recettes et Dépenses</li> <li>- Plan de formation</li> </ul>

Réf.	Règlement intérieur HIHL / Chapitre V Version 1– Juin 2008 Version 2 – Mars 2013  Version 3 – janvier 2016 Version 4 – décembre 2021	Création Ajout d'un paragraphe sur la qualité, la sécurité des soins ... Modification paragraphe 3.3 Actualisation du document
------	---	---

Participants : A. DAVID J. MINUZZO MD. PERIOT

REDACTION : (Signature du pilote du groupe de travail)	APPROBATION : (Signature du responsable QVR)	APPROBATION : (Signature du président de la CME)	APPROBATION : (Signature du président du CS)	APPROBATION : (Signature du président du CTE)
J. MINUZZO	A. GUIBERT	C. BEAUBATIE	C. PEYRONNET	A. DAVID



<b>RSM</b>  A.DAVID	<b>VALIDATION DU DIRECTEUR</b>  A.DAVID
---------------------------	---

Site Jolibois

4, avenue Charles de Gaulle  
87300 BELLAC  
Tél. : 05 55 47 20 20  
E-mail : dg@hihl.fr

Site La Josnière

9, avenue F. de la Josnière  
87210 LE DORAT  
Tél. : 05 55 60 55 55  
E-mail : drh@hihl.fr  
soins@hihl.fr

Site Beauséjour

8, avenue George Sand  
87190 MAGNAC-LAVAL  
Tél. : 05 55 60 52 00  
E-mail : dsef@hihl.fr

## **1- ORGANISATION ADMINISTRATIVE**

### **1.1 – Le Conseil de Surveillance (Art L6143-1 à 6, art R6143-1 à 6 du CSP)**

Ses missions sont centrées sur les orientations stratégiques et le contrôle permanent de l'établissement.

Doté de 15 membres, la composition du Conseil de Surveillance de l'HIHL est définie par les textes réglementaires. Celui-ci comprend 3 catégories de membres ou collèges :

- 1- les représentants des collectivités territoriales
- 2- les représentants du personnel hospitalier (médical et non médical)
- 3- les personnalités qualifiées et les représentants des usagers.

La désignation des membres de chaque collège, est définie par les dispositions du CSP, ainsi que les incompatibilités. Seule celle du collège 2 incombe à l'établissement.

Le mandat des membres est de 5 ans. Il prend fin en même temps que le mandat ou la fonction au titre desquels les intéressés ont été désignés.

Peuvent assister aux séances, outre le président et le vice-Président du Directoire, l'équipe de direction et les représentants des Autorités de Tutelles, le représentant de la structure chargée de la réflexion éthique, le directeur de la caisse d'Assurance Maladie, et un représentant des familles des personnes accueillies dans les unités de soins de longue durée ou d'EHPAD. Ce dernier est désigné par le Conseil de la Vie Sociale.

Le comptable de l'établissement est invité à assister aux séances en tant qu'expert.

Le Président, et les deux Vice-présidents sont élus parmi les membres des collèges 1 et 3, en application des dispositions réglementaires. En cas de vacance des fonctions de président, la présidence est assurée par l'un des vice-Présidents ou, à défaut, par le plus âgé des membres parmi ces mêmes représentants et ce jusqu'à l'élection du nouveau Président.

Les réunions du Conseil de Surveillance sont organisées alternativement sur chacun des sites, sauf cas exceptionnel. Le Conseil de Surveillance se réunit au moins quatre fois par an.

Les séances ne sont pas publiques. Les débats et délibérations revêtent un caractère confidentiel.

Le secrétariat est assuré à la diligence du Directeur.

**Les compétences du Conseil de Surveillance** sont de plusieurs ordres :

- **Compétence générale** : le Conseil de Surveillance se prononce sur la **stratégie et exerce un contrôle permanent sur la gestion**. À tout moment, il peut à toute vérification ou contrôle qu'il juge opportuns et se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaire à l'accomplissement de sa mission. Il peut solliciter l'aide d'un commissaire aux comptes pour la certification des comptes de l'établissement (*art 6145-16*).
- **Compétence décisionnelle** : le Conseil de Surveillance délibère sur (*art L 6143-1*) :
  - Le Projet d'Etablissement
  - Le compte financier et l'affectation des résultats
  - Toute mesure relative à la participation de l'établissement à un GHT, ainsi que tout projet de fusion avec un ou plusieurs établissements. Le Conseil de Surveillance approuve également la désignation de l'établissement siège du GHT dont l'établissement est membre (*art 6132-2 du CSP*)
  - Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur
  - Toute convention intervenante entre l'établissement et l'un des membres de son Directoire ou de son Conseil de Surveillance et toute convention à laquelle l'une de ces personnes est indirectement intéressée ou dans laquelle elle traite avec l'établissement par personne interposée

Ces délibérations sont prises après avis de la C.M.E. et du C.T.E. Ces avis relèvent des dispositions réglementaires afférentes à chacune de ces instances.

Elles sont exécutoires de plein droit dès leur réception par le DG de l'ARS pour celles relatives au compte financier et à l'affectation des résultats. Pour celles relatives au rapport annuel d'activité, si le DG de l'ARS ne fait pas opposition dans les deux mois, elles sont exécutoires.

- **Compétence consultative** : le Conseil de Surveillance émet un avis sur :
  - o La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que sur les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers
  - o Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de 18 ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat,
  - o Le Règlement Intérieur de l'établissement
  - o La convention de CHT, dans le cas où elle ne comporte pas de CHU
- **L'information du Conseil de Surveillance** : le Conseil de Surveillance entend le directeur sur l'EPRD ainsi que sur le programme d'investissement. Il est également informé avant la nomination et la révocation des membres du Directoire par son président.

## 1.2 Le Directoire (art L 6143-7-5, D 6143-35, Inst 010-75 du 25/02/2010)

Il appuie et conseille le Directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. C'est un lieu d'échange de points de vue gestionnaires, médicaux et soignants.

- **La composition du Directoire** : constitué d'une majorité de membres du personnel médical, le Directoire se compose de sept membres (membres de droits et membres nommés), qui appartiennent au personnel de l'établissement :
  - o *Membres de droits* : le Directeur, qui assure la présidence, le président de la CME, vice-Président et le président de la CSIRMT
  - o *Membres nommés* : le président nomme les membres du Directoire, après information du Conseil de Surveillance :
    - Il nomme les membres qui appartiennent aux professions médicales sur présentation d'une liste de proposition d'au moins 3 noms établie par le Président de la CME (présentée dans un délai de 30 jours à compter de la demande). Le Directeur peut demander la production d'une seconde liste en cas de désaccord, à produire dans délai de 15 jours. En cas de désaccord, le directeur nomme les membres de son choix.
    - Il nomme un membre de l'équipe de direction pour compléter le Directoire.
- La durée du mandat des membres nommés est de 4 ans.
- **Fin des fonctions de membre du Directoire** : le président peut mettre fin aux fonctions des membres nommés, après information du Conseil de Surveillance. La fonction des membres nommés peut prendre également fin dans deux hypothèses : lors de la nomination d'un nouveau Président du Directoire ou quand le titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonction au titre desquelles il était membre du Directoire.
- **Règles de fonctionnement du Directoire** :  
Il se réunit au moins 8 fois par an, les travaux du Directoire étant organisés par son Président en s'appuyant sur le Règlement de fonctionnement adopté par cette instance.
- **Les compétences du Directoire (articles art L6143-7, L6146-1, D6143-35-5):**
  - o *La préparation* : le Directoire prépare le Projet d'Etablissement
  - o *Le conseil* : le Directoire conseille le Directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement, sur l'ensemble des sujets relatifs à la vie de l'établissement
  - o *Le Directoire est obligatoirement concerté* : sur l'ensemble des compétences octroyées au directeur par l'article L6143-7, notamment dans le domaine de la gestion des ressources humaines (bilan social, modalités de la politique d'intérressement, l'organisation du travail et des temps de repos, l'organisation interne et les contrats de pôle)
  - o *Le Directoire approuve le Projet Médical* : celui-ci est préalablement élaboré par le vice

Président du Directoire, avec le directeur et en conformité avec le CPOM.

#### 1-3 Le Directeur

Représentant légal de l'Etablissement, il est nommé par arrêté du directeur général du CNG.

#### 1.4- Régime de publicité des actes décisionnaires (Art. L6143-4)

Pour être exécutoires, les décisions individuelles du directeur et les délibérations non réglementaires du Conseil de Surveillance sont notifiées aux personnes physiques et morales qu'elles concernent.

## **2- LES INSTANCES CONSULTATIVES GENERALES**

#### 2-1 Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement

Le président de la CME :

- Est vice-président du directoire. Dans le CHU, le président de la CME est vice-président, chargé des affaires médicales ;
- Coordonne la politique médicale de l'établissement ;
- Elabore, avec le directeur et en conformité avec le CPOM, le projet médical d'établissement ;
- Participe aux séances du Conseil de Surveillance avec voix consultative ;
- Propose au directeur des listes de candidats en vue de la nomination aux fonctions de chefs de pôle ;
- Emet un avis :
  - Sur la nomination et la mise en recherche d'affectation des praticiens hospitaliers. Cet avis est communiqué au directeur général du CNG chargé de ces nominations sur proposition du président du directoire ;
  - Avant la signature des contrats de pôle pour vérifier, en ce qui concerne les pôles d'activités cliniques et médico-techniques, la cohérence du contrat avec le projet médical ;
  - Sur l'admission par contrats, par le directeur, su proposition du chef de pôle, de médecins exerçant à titre libéral, autre que les praticiens statutaires de l'établissement.

#### **➤ Il est investi de trois missions**

- Est chargé du suivi de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, conjointement avec le directeur et sous réserve des attributions de la CME. A ce titre :

- Il peut organiser des évaluations internes ;
- Il veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité (résultant des inspections et de la certification) ;
- Il présente au directoire le programme d'actions proposé au directeur de la CME

- Elabore le projet médical, avec le directeur et en conformité avec le CPOM :

- Il en assure le suivi de la mise en œuvre ;
- Il en dresse le bilan annuel

- Le président de la CME coordonne la politique médicale de l'établissement. A ce titre :

- Il contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques ;
- Il veille à la coordination de la prise en charge du patient ;
- Il coordonne l'élaboration du plan de développement professionnel continu ;
- Il présente au directoire et au Conseil de Surveillance un rapport sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement.

#### **➤ Il est le coordonnateur médical fonctionnant en binôme avec le Directeur**

## ➤ **Il dispose d'un statut**

La fonction est comptabilisée dans les obligations de service. Elle est indemnisée. Le président de la CME dispose de moyens matériels, financiers, et humains pour mener à bien ses missions. Une formation lui est proposée à l'occasion de sa prise de fonction et, à sa demande, à l'issue de son mandat en vue de la reprise de l'ensemble de ses activités médicales.

### **2-2 La Commission Médicale d'Etablissement (C.M.E.)**

#### ➤ **Composition**

A l'HIHL, la C.M.E. est composée des représentants des personnels médicaux de l'établissement élus en 3 collèges, sachant que les chefs de pôle sont membres de droits.

Des membres élus assurent la représentation, selon la répartition suivante à l'HIHL :

- Collège 1 : responsables de structures internes, services ou unités fonctionnelles : *2 élus titulaires et 2 élus suppléants*
- Collège 2 : praticiens titulaires de l'établissement : *4 élus titulaires et 4 élus suppléants*
- Collège 3 : personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral : *4 élus titulaires et 4 élus suppléants*.

En outre, sont membres de la CME, avec voix consultative :

- Le président du Directoire ou son représentant, qui peuvent se faire assister de toute personne de leur choix ;
- Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducations et médico-techniques (CSIRMT) ;
- Le praticien responsable de l'information médicale ;
- Le représentant du CTE élu en son sein ;
- Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène

Une représentation des internes en médecine générale, s'il en existe, est assurée. Ce représentant est désigné tous les 6 mois à chaque début de stage par le DG de l'ARS après avis des organisations représentatives.

#### ➤ **Elections et constitution de la CME**

- L'organisation des élections incombe au directeur de l'établissement qui proclame les résultats et arrête la liste des membres de la CME
- Les membres élus de la CME le sont pour chaque catégorie de représentants au scrutin uninominal majoritaire à deux tours. Pour chaque siège attribué, il est prévu un suppléant afin de remplacer le titulaire que, en cours de mandat, démission ou cesse d'appartenir à la catégorie ou discipline qu'il représente.

#### ➤ **Mandat**

- Le mandat est de 4 ans. Il est renouvelable.

#### ➤ **Président et vice Président**

- Le président et vice-président sont élus parmi les praticiens titulaires de l'établissement. Les fonctions de président de la CME sont de 4 ans, le mandat est renouvelable une seule fois.
- La fonction de président est incompatible avec la fonction de chef de pôle.

#### ➤ **Fonctionnement**

La CME se réunit au moins 4 fois par an sur convocation de son président qui en fixe l'ordre du jour.

Son secrétariat est organisé à la diligence du Directeur. Elle est également réunie à la demande soit d'un tiers de ses membres, soit du président du directoire, soit du directeur de l'ARS sur l'ordre du jour qu'ils proposent. La CME définit librement son organisation interne dans son règlement intérieur.

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

Les présidents de CME ne sont pas rééligibles s'ils achèvent leur second mandat. Les présidents sont rééligibles une fois s'ils achèvent leur premier mandat.

### ➤ Compétences

Désormais, la CME et le CTE sont *consultés sur les mêmes matières* (art R.6144-40).

Ces Instances sont toutes les deux consultées avant délibération du Conseil de Surveillance sur:

- Le Projet d'Etablissement
- Le Compte Financier et l'affectation des résultats
- La participation au GHT
- Les conventions entre un membre du Directoire/Conseil de Surveillance et l'établissement

L'article L.6144-1 du CSP dispose que la CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Dans ce cadre, le rôle de la CME est essentiel. Orientée sur la qualité des soins et les relations avec les usagers, la commission dispose d'une mission bien définie concernant la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles.

- L'article L.6144-1 du CSP précise que la CME, à titre principal, dans chaque établissement de santé, contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

A ce titre, 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 CDU.

### ➤ Les missions de la Commission Médicale d'Etablissement

La CME, a pour mission d'élaborer :

- Un programme d'actions, assorti d'indicateurs de suivi, en matière de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles. Ce programme contribue au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient défini par arrêté du ministre chargé de la santé. Il comprend, le cas échéant, les actions nécessaires pour mettre en oeuvre les engagements fixés dans le contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale ;
- Un bilan des actions d'amélioration en matière de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles ;
- La liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est préconisée dans l'établissement ;
- Des préconisations en matière de prescription des dispositifs médicaux stériles et des médicaments. Le programme mentionné au premier point de cette liste, ainsi que le bilan des actions d'amélioration en matière de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles, sont intégrés au programme d'actions d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins mentionnés aux articles L. 6144-1 et L.6161-2 du CSP.

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

- La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées au soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres évènement indésirables liés aux activités de l'établissement ;
- Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
- La prise en charge de la douleur ;

- Le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique.

La CME 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 (en particulier, en ce qui concerne les urgences et les admissions non programmées) ;
- L'évaluation de la mise en œuvre de la politique des soins palliatifs ;
- Le fonctionnement de la permanence de soins, le cas échéant par secteur d'activité ;
- L'organisation des parcours de soins.

En conséquence, la CME propose au directeur le programme d'actions en matière de politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que les conditions d'accueil et de la prise en charge des usagers :

- Ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des évènements indésirables. Il comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et les engagements fixés par le CPOM. Ce programme est assorti à des indicateurs de suivi ;
- La CME élabore un rapport annuel présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi.

A noter : la CDU et la CSIRMT contribuent à l'élaboration de ce programme d'actions. Le Directeur tient le programme d'actions et le rapport annuel à la disposition du directeur de l'ARS.

La CME demeure une instance consultative à part entière qui est à la fois consultée et informée.

Elle est ***obligatoirement consultée*** sur :

- 1° Les projets de délibération qui ressortent de la compétence du conseil de surveillance ;
- 2° Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
- 3° Le plan de redressement éventuel ;
- 4° L'organisation interne de l'établissement ;
- 5° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- 6° La gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

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

- 1° Le projet médical de l'établissement ;
- 2° La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;
- 3° La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;
- 4° La politique de formation des étudiants et internes ;
- 5° La politique de recrutement des emplois médicaux ;
- 6° Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- 7° Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement ;
- 8° Le plan de formation relatif aux professions médicales, et pharmaceutiques ;
- 9° Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
- 10° Le Règlement Intérieur de l'établissement ;
- 11° Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux.

Elle est ***informée*** uniquement sur :

- 1° Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement ;
- 2° *Les contrats de pôles* ;
- 3° Le bilan annuel des tableaux de service ;
- 4° Le Projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- 5° La programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

La CME intègre désormais dans ses compétences le bon usage des antibiotiques.

Les séances ne sont pas publiques. Les personnes qui assistent, à quelque titre que ce soit, aux travaux de la C.M.E. sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle.

#### **Sous-commissions spécialisées de la C.M.E :**

La C.M.E. définit sa propre organisation et comporte plusieurs sous-commissions spécialisées qui participent, par leurs avis, à la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Le Président de la CME, définit l'organisation la plus adaptée afin de répondre à ses missions en matière de politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que les conditions d'accueil et de la prise en charge des usagers :

Le Président et vice-Président de chaque sous-commission sont désignés par le Président de la C.M.E., après avis de cette Instance

Les sous-commissions, qui se réunissent au moins une fois par an, comportent notamment :

- 2 membres de droit : le directeur (ou son représentant), et le Président de la C.M.E. (ou son représentant),
- Des praticiens de la C.M.E. désignés par elle,
- Des professionnels médicaux ou non dont l'expertise est nécessaire (il est possible que ces experts soient extérieurs à l'établissement),
- 1 représentant du personnel (C.T.E. ou CHSCT),
- Les représentants des usagers de la CDU peuvent assister, avec voix consultatives, à certaines séances, notamment celles au cours desquelles sont examinés les bilans d'activité.

A l'HIHL, les sous-commissions de la CME sont les suivantes :

- Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales,
- Comité de sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance,
- Comité de Lutte contre la Douleur,
- Comité de Liaison Alimentation et Nutrition,
- Commission des Gaz et Fluides Médicaux.

#### **2.2- Le Comité Technique d'Etablissement**

Le C.T.E. est une instance consultative, sans compétence décisionnelle. Sa composition est définie en collèges, en application des dispositions réglementaires en vigueur. La durée de mandat de ses membres est de 4 ans. Il est présidé par le Directeur.

Le CTE se réunit au moins une fois par trimestre. Le secrétariat est assuré par un représentant du personnel avec l'aide matérielle des services de la DRH. Les séances ne sont pas publiques.

Le CTE est obligatoirement consulté, d'une part sur les questions sur lesquelles le Conseil de surveillance délibère (mentionnées à l'article L.6143-1 du CSP).

L'article R.6144-40 du CSP mentionne des questions sur :

- o Le plan de redressement présenté par le président du directoire à l'ARS ;
- o La politique sociale, des modalités de la politique d'intéressement ainsi que du bilan social ;
- o La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- o Le Règlement Intérieur de l'établissement.

Le Comité Technique d'Etablissement est également consulté sur le plan de développement professionnel continu, sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, l'état des prévisions de recettes et de dépenses, et les actions de coopération proposées par le président du directoire au directeur général de l'ARS.

Le CTE demeure une instance consultative dont les attributions sont clarifiées.

Il émet un avis sur les projets de délibération du Conseil de Surveillance, au regard du cadre

réglementaire :

Désormais, le CTE et la CME et sont *consultés sur les mêmes matières* ( cf. § CME ci-dessus - art R.6144-40).

Ces Instances sont toutes les deux consultées avant délibération du Conseil de Surveillance sur:

- le Projet d'Etablissement
- Le Compte Financier et l'affectation des résultats
- La participation au GHT
- Les conventions entre un membre du Directoire/Conseil de Surveillance et l'établissement

Par ailleurs, le CTE est ***obligatoirement 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 DPC;

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 ;

Les autres compétences du C.T.E. sont déterminées par les textes réglementaires en vigueur.

Le CTE est ***régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels*** de l'établissement. Il est également informé du **CPOM** ainsi que du **budget** prévu à l'article L. 6145-1 et des décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7.

Des groupes de travail composés de membres du CTE et de membres du CHSCT peuvent être créés pour mener, en commun, des réflexions et travaux, sur l'organisation et les conditions de travail.

Les réunions du C.T.E. sont organisées sur le site du Dorat, sauf cas exceptionnel.

### **3- LES INSTANCES CONSULTATIVES SPECIALISEES**

#### **3.1 – La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)**

##### **➤ Composition :**

##### **Collèges :**

Elle est composée du Directeur des Soins, coordonnateur général des soins, membre de droit et Président, et de 12 membres élus représentatifs des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques, répartis en 3 collèges :

- Collège des cadres de santé : 2 membres titulaires, 2 suppléants
- Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques ; 4 membres titulaires, 4 suppléants
- Collège des aides-soignants : 6 membres titulaires, 6 suppléants

Afin d'éviter qu'une catégorie ne se trouve exclue, il est précisé que chacun des trois collèges est représenté par un nombre de membres qui ne peut-être inférieur à 10 % du nombre total des membres élus de la commission.

##### **Electeurs :**

Sont électeurs les fonctionnaires titulaires ou stagiaires et les agents contractuels en fonction dans l'établissement à la date du scrutin. Les personnels de chaque catégorie désignent leurs représentants au scrutin secret uninominal majoritaire à un tour.

## **Président :**

La CSIRMT est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Le président de la commission rend compte, chaque année, de l'activité de la CSIRMT dans un rapport adressé au Directoire.

Le président de la CSIRMT est membre de droit au Directoire.

## **Durée du mandat :**

La durée du mandat des membres élus de la commission est de quatre ans. Il est renouvelable.

Participant également aux séances de la CSIRMT, avec voix consultative :

- un représentant de la CME,
- un élève aide-soignant désigné par le directeur de l'Ecole d'Aide Soignant du CHRU dont une antenne est implantée sur le territoire de l'HIHL.

Toute personne qualifiée peut être associée aux travaux de la commission à l'initiative du président ou d'un tiers de ses membres.

### **➤ Compétences :**

La CSIRMT est à la fois consultée pour avis et informée, comme le précise l'article 1 du décret du 30 avril 2010.

Elle est consultée sur :

- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins (1°).
- L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades (2°), dans le cadre du Projet de Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Technique.
- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins (3°).
- Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers (4°).
- La recherche de l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, rééducation et médico-techniques (5°).
- La politique de développement professionnel continu (6°).
- L'évaluation des pratiques professionnelles.
- Le Projet d'Etablissement et l'organisation interne de l'établissement.

## **Dispositions transitoires :**

Les membres de la CSIRMT siègent jusqu'à l'échéance de leur mandat qui peut être, le cas échéant, prorogé.

### **➤ Fonctionnement**

La CSIRMT se réunit au moins 3 fois par an ou à la demande du président du Directoire, de la moitié au moins de ses membres ou du DG de l'ARS.

L'ordre du jour est fixé par le président de la commission.

Elle se dote d'un Règlement Intérieur et d'un bureau.

Chaque année, le Président rend compte de l'activité de la commission dans un rapport adressé au Directeur.

## **3.2 – Les Commissions Administratives Paritaires**

Selon les dispositions réglementaires en vigueur, elles sont composées, de manière paritaire de représentants du personnel et représentants de l'Administration.

Elles ont pour compétence de traiter de la situation individuelle des fonctionnaires hospitaliers.

La Présidence en est assurée par le Président du Conseil de Surveillance ou son représentant.

Les séances ne sont pas publiques.

***Leur fonctionnement est décrit dans un volet Spécifique du présent Règlement Intérieur.***

### **3.3 – Le Comité d’Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (C.H.S.C.T.)**

Le C.H.S.C.T. est une instance consultative, sans compétence décisionnelle, créée par la loi du 23/12/1982 (son application dans les établissements de santé est définie par le décret du 16/08/1985). Sa composition est définie en application des dispositions réglementaires en vigueur : délégation du personnel et des membres participant à titre consultatif (médecin du travail, l’inspecteur du travail, le représentant du service prévention des organismes de sécurité sociale, Le Directeur des services logistiques, le directeur des soins, le responsable des services techniques).

Il est présidé par le Directeur ou son représentant.

Le CHSCT a pour mission de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des salariés de l’établissement : il a des missions de contrôle, d’étude et de prévention. Il a également pour mission de veiller au respect de la réglementation dans ces domaines.

Le CHSCT dispose d’un droit de regard et émet son avis sur tout document se rattachant à sa mission, sur le Règlement Intérieur, sur tout projet d’aménagement des postes de travail, sur les conditions de travail et de réinsertion des accidentés du travail, invalides ou travailleurs handicapés.

Il dispose par ailleurs d’un droit d’alerte en cas de constat d’un danger imminent.

Des groupes de travail composés de membres du CHSCT et de membres du CTE peuvent être créés pour mener, en commun, des réflexions et travaux, sur l’organisation et les conditions de travail.

Les réunions du CHSCT sont organisées sur le site du Dorat, sauf exceptions.

***Son fonctionnement est décrit dans un volet spécifique du présent Règlement Intérieur.***

### **3.3 – La Commission des Usagers (CDU)**

(voir chapitre II-2-4)

### **3.3 – Le Conseil de la Vie Sociale (CVS)**

(voir chapitre II-2-5)

## **4- LES POLES D’ACTIVITES ET STRUCTURES INTERNES**

L’organisation en pôles s’impose à tous les établissements publics de santé, quelque soit leur taille. Toutefois, le DG de l’ARS peut accorder une dérogation, ce qui est le cas à l’HIHL.

### **5- LA QUALITE, LA SECURITE DES SOINS ET LES RELATIONS AVEC LES USAGERS**

La Politique de Qualité, Sécurité et de Relation avec les usagers relève, de manière conjointe, du Directeur et du Président de la CME, des missions spécifiques étant attribuées par la loi au Président de la CME et à la CME dans ces domaines.

L’HIHL n’a qu’un seul programme d’actions sur la qualité et la sécurité des soins, en lien avec le programme annuel de la CDU, concernant l’ensemble de ses usagers.

Pour donner à ces politiques une légitimité importante au sein de l’établissement, l’HIHL s’est doté de structures spécifiques, dont les missions et le fonctionnement sont définis, complétés par des Instances spécifiques d’expression des usagers (CDU, CVS).

Ces structures traitent à la fois de la politique de gestion de la Qualité, des Risques et des Vigilances.

#### **➤ Qualité**

Afin de répondre aux besoins et attentes des usagers, du personnel et des partenaires extérieurs, l’HIHL met en place, dans le cadre de ses projets institutionnels, une démarche qualité pérenne et structurée.

Cette démarche s'attache à promouvoir une dynamique d'amélioration permanente et à optimiser les ressources. Elle porte sur l'ensemble des services de l'établissement qu'ils soient médicaux, d'hébergement, techniques, logistiques ou administratifs.

La politique Qualité de l'HIHL, repose sur l'engagement de la Direction et sur les valeurs partagées par l'ensemble des professionnels, traduites dans le Projet d'Etablissement. Elle se concrétise lors des évaluations prévues par les textes législatifs et réglementaires, tant dans le secteur sanitaire (certification par la H.A.S.) que dans le secteur médico-social (évaluation par un organisme externe labellisé).

### ➤ **Gestion des Risques**

Comme tout établissement de santé, l'HIHL est, de fait, confronté à la notion de risque.

Au-delà de l'aspect de la gestion des risques à l'hôpital, imposée par les textes législatifs et réglementaires, centrée sur la protection de l'usager, les risques sont nombreux dans tout établissement hospitalier : atteinte aux personnes, à l'environnement ou mettant en jeu la pérennité ou la rentabilité de l'Institution concernée.

L'HIHL a donc l'obligation de mettre en place une politique de gestion de l'ensemble des risques, notamment ceux associés aux soins. Cette démarche va reposer sur :

- La connaissance des risques.
- La déclaration des événements indésirables, les actions correctives et les démarches d'amélioration pérenne devant en découler.
- L'élimination de certains risques.
- La prévention et la protection vis-à-vis des risques à prendre de manière inéluctable pour la prise en charge du patient et du résident.

La gestion des risques, articulée avec les vigilances, est un processus régulier continu et coordonné, intégré à l'ensemble de l'organisation, qui permet l'identification, le contrôle, l'évaluation des risques et des situations à risques pour l'usager, les visiteurs, les professionnels et les biens de l'établissement.

S'appuyant sur une démarche transversale, coordonnée et sur la politique de communication de l'établissement, cette politique, structurée et avec des responsables identifiés, se décline en actions pluriannuelles, tant en interne qu'en externe et débouche, notamment, sur la publication d'indicateurs.

### ➤ **Les relations avec les usagers**

Dans ce domaine, essentiel également, l'HIHL a mis en place une politique structurée, des procédures, s'appuyant sur sa politique de communication et sur des Instances spécifiques d'expression des usagers : la CDU, pour le secteur sanitaire et le C.V.S pour le secteur médico-social.

## **6- FONCTIONNEMENT BUDGETAIRE ET FINANCIER**

L'Etat Prévisionnel des Recettes et Dépenses (E.P.R.D.), les tarifs et le Plan Global de Financement Pluriannuel sont fixés chaque année par le Directeur, après concertation du Directoire et information du Conseil de Surveillance, au vu de l'avis des Instances consultatives, dans les délais et les conditions fixées par la réglementation en vigueur, puis transmis à l'ARS.

Le suivi et l'analyse de l'exécution budgétaire sont présentés périodiquement au Conseil de Surveillance et transmis à l'ARS.

Le programme d'investissement est déterminé par le Directeur, après l'avis de la CME en ce qui concerne les équipements médicaux.

## CHAPITRE : VI

### *Approbation – Mise à disposition – Modification du Règlement Intérieur*

#### POSITION DU DOCUMENT

	<u>Document amont</u>	<u>Document aval</u>
- Manuel HAS		

Réf	Règlement intérieur HIHL / Chapitre VI Version – 1 juin 2008 Version 2 – mai 2012  Version 3 – décembre 2021	Création Ajout d'informations supplémentaires au 2 <sup>ème</sup> paragraphe Relecture du document sans modification Modification de la trame des signatures
-----	--	---

Participants : A. DAVID J. MINUZZO MD. PERIOT

<b>REDACTION :</b> (Signature du pilote du groupe de travail)	<b>APPROBATION :</b> (Signature du responsable QVR)	<b>APPROBATION :</b> (Signature du président de la CME)	<b>APPROBATION :</b> (Signature du président du CS)	<b>APPROBATION :</b> (Signature du président du CTE)
J. MINUZZO	A. GUIBERT	C. BEAUBATIE	C. PEYRONNET	A. DAVID



<b>RSM</b>  A.DAVID	<b>VALIDATION DU DIRECTEUR</b>  A.DAVID
---------------------------	---

Site Jolibois

4, avenue Charles de Gaulle  
87300 BELLAC  
Tél. : 05 55 47 20 20  
E-mail : dg@hihl.fr

Site La Josnière

9, avenue F. de la Josnière  
87210 LE DORAT  
Tél. : 05 55 60 55 55  
E-mail : drh@hihl.fr  
soins@hihl.fr

Site Beauséjour

8, avenue George Sand  
87190 MAGNAC-LAVAL  
Tél. : 05 55 60 52 00  
E-mail : dsef@hihl.fr

Le présent Règlement Intérieur est arrêté par le Directeur, Président du Directoire, après concertation du Directoire et après avis du Conseil de Surveillance, de la CME et du CTE. La CSIRMT est informée.

Il est tenu à la disposition de toute personne intéressée qui peut en prendre connaissance, d'une part auprès du Bureau des Admissions de chacun des sites et, d'autre part, sur le site Internet de l'établissement.

Par ailleurs, le présent Règlement Intérieur est tenu à la disposition de chacun des personnels dans chaque service et/ou accessible sur l'intranet. Il fait l'objet d'une information dans chaque unité.

Le présent Règlement Intérieur fera l'objet d'une mise à jour, en tant que de besoin.

## CHAPITRE : VII

### *Volets spécifiques au Règlement Intérieur*

#### POSITION DU DOCUMENT

	<u>Document amont</u>	<u>Document aval</u>
- Manuel HAS		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Règlement Intérieur de gestion du Temps de Travail</li> <li>- Règlement Intérieur des Commissions Administratives Paritaires Locales</li> <li>- Règlement Intérieur des Chambres Mortuaires</li> <li>- Règlement Intérieur du DIM</li> </ul>
Réf	Règlement intérieur HIHL / Chapitre VII Version 1 - juin 2008 Version 2 - mai 2012  Version 3 – décembre 2015 Version 4 – décembre 2021	Création Ajout du règlement intérieur du DIM et création d'un règlement de fonctionnement spécifique pour les unités d'EHPAD et USLD Insertion d'un nouveau volet spécifique concernant le fonctionnement des astreintes médicales Ajout règlement intérieur CHSCT Relecture du document sans modification Modification de la trame des signatures

Participants : A. DAVID J. MINUZZO MD. PERIOT

<b>REDACTION :</b> <i>(Signature du pilote du groupe de travail)</i>	<b>APPROBATION :</b> <i>(Signature du responsable QVR)</i>	<b>APPROBATION :</b> <i>(Signature du président de la CME)</i>	<b>APPROBATION :</b> <i>(Signature du président du CS)</i>	<b>APPROBATION :</b> <i>(Signature du président du CTE)</i>
J. MINUZZO	A. GUIBERT	C. BEAUBATIE	C. PEYRONNET	A. DAVID



<b>RSM</b>	<b>VALIDATION DU DIRECTEUR</b>
A.DAVID	A.DAVID

Site Jolibois

4, avenue Charles de Gaulle  
87300 BELLAC  
Tél. : 05 55 47 20 20  
E-mail : dg@hihl.fr

Site La Josnière

9, avenue F. de la Josnière  
87210 LE DORAT  
Tél. : 05 55 60 55 55  
E-mail : drh@hihl.fr  
soins@hihl.fr

Site Beauséjour

8, avenue George Sand  
87190 MAGNAC-LAVAL  
Tél. : 05 55 60 52 00  
E-mail : dsef@hihl.fr

Plusieurs volets spécifiques au Règlement Intérieur Général de L'HIHL ont été élaborés et sont indissociables du Présent Règlement Intérieur Général. Les modalités prévues au chapitre VI du présent Règlement s'appliquent également à ces volets spécifiques. Ces volets spécifiques concernent les domaines suivants :

- Règlement Intérieur de gestion du Temps de Travail
- Règlement Intérieur des Commissions Administratives Paritaires Locales
- Règlement Intérieur des Chambres Mortuaires
- Règlement Intérieur du DIM
- Fonctionnement des astreintes médicales
- Règlement Intérieur du CHSCT

En application des dispositions législatives et réglementaires, un Règlement de Fonctionnement spécifique aux unités d'EHPAD et d'USLD, précisant certains points du Règlement Intérieur, est remis à chaque personne accueillie ou à son représentant légal.