

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

De l'HIHL

POSITION DU DOCUMENT

Documents en amont	Documents en aval
- Manuel HAS - Cf texte réglementaire mentionné à la fin des paragraphes concernés	

Réf.	Règlement intérieur HIHL Version 1 – janvier 2008 Version 2 – mai 2012 Version 3 – décembre 2015 Version 4 – décembre 2021 Version 5 – février 2025	Création Modification des chapitres I, II, III, VI et VII Modification des chapitres V et VII Modification des chapitres III, V et VII Modification du contenu du règlement
------	--	---

Participants : A. DAVID, MD. PERIOT, M. VERGNOUX, B. RIBEIRO, A. PEYMIRAT, J. PEREFARRES

RÉDACTION : <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 CSE)</i>
M. VERGNOUX	A. GUIBERT	Dr CORNU	C. PERONNET	A. DAVID

RSM	VALIDATION DU DIRECTEUR
A. DAVID	A. DAVID

Table des matières

Chapitre 1 - Dispositions générales.....	9
A. Statuts, missions et sites	9
1. Les statuts	9
2. Les différents sites	9
3. Les missions générales	10
B. La coopération.....	10
1. Le GHT du Limousin	11
2. Les instances du GHT	12
Chapitre 2 - L'organisation institutionnelle.....	16
A. Le projet d'établissement	16
B. La gouvernance médico-administrative	16
1. Le Directeur.....	16
2. Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (PCME)	17
3. Les instances décisionnelles.....	18
C. Les instances consultatives et de dialogue social	20
1. La Commission Médicale d'Etablissement (CME)	20
2. Les Sous-Commissions de la CME (CLIAS, CLAN, CLUD,...)	23
3. Le Comité Social d'Etablissement (CSE)	24
4. La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT)	25
5. La Commission des Usagers (CDU)	26
6. Le Conseil de la Vie Sociale (CVS).....	26
D. Les Commissions Spécifiques	27
1. Les Commissions Administratives Paritaires (CAP)	27
2. Les Commissions Consultatives Paritaires (CCP)	28
E. L'instance déontologique et éthique : le Comité de Réflexion Ethique (CRE).....	28
F. Les référents laïcité, handicap, conseillers en évolution professionnelle et déontologie	29
1. Le référent laïcité	29
2. Le référent handicap.....	30
3. Les conseillers en Evolution Professionnelle	30
4. Le référent déontologie	30
G. L'organisation des soins.....	30
1. Nomination et affectation des praticiens hospitaliers.....	30
2. Pharmacie à usage intérieur	31
3. Docteurs Juniors	32
4. Internes	32

5. Soins infirmiers, de rééducation et médico-technique	33
6. Etudiants des Ecoles Paramédicales	34
7. Permanence médicale des soins	35
8. Visite médicale quotidienne	36
9. Prestations externalisées	37
10. Coordination des soins dispensés aux patients	37
H. L'organisation en spécificité d'activité	37
1. Les activités	37
2. Le Chef de Service	38
3. Le Projet de service	39
4. Le Directeur Adjoint	39
5. Les Collaborateurs	40
I. Qualité, vigilances, risques (QVR)	41
1. La démarche qualité	41
2. Les vigilances	41
3. La gestion des risques	44
Chapitre 3 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS	46
A. Modalités d'accueil des usagers	46
1. L'accueil des usagers	46
2. Le livret d'accueil	46
3. La prise en charge au titre de l'activité médicale en EHPAD et USLD	46
B. L'admission des usagers	46
1. Conditions générales d'admission	46
2. L'admission programmée ou directe	47
3. L'admission sur décision du Directeur de l'ARS	47
4. Le transfert d'un usager hors HIHL après admission	48
5. L'admission d'un usager à l'HIHL suite à un transfert	48
C. Dispositions spécifiques à l'admission de certains patients	48
1. L'admission du majeur protégé sous tutelle	48
2. L'admission du majeur protégé sous curatelle ou sauvegarde de justice	49
3. L'admission des militaires	50
4. L'admission des bénéficiaires de l'article 115 du Code des pensions militaires, invalidité et victimes de guerre	50
5. L'admission des usagers toxicomanes	50
6. L'admission d'une personne malvoyante	50
D. La Procédure d'admission	51
1. Accueil de l'utilisateur lors de l'admission	51

2. Pièces à fournir lors de l'admission.....	51
3. Admission sous identité protégée	52
E. Le choix du régime d'hospitalisation.....	52
1. Les régimes d'hospitalisation	52
2. Les régimes de consultations et de soins externes.....	53
F. Les frais de séjour.....	53
1. Hospitalisation	53
2. Tarifs des consultations externes publiques.....	53
3. Supplément pour chambre particulière	54
4. Prestations fournies aux accompagnants	54
G. Les conditions de séjour	54
1. Règles Générales	55
2. Respect de la personne et de son intimité	55
3. Dépôts des sommes d'argent, titres et objet de valeur.....	56
4. Biens conservés par l'utilisateur.....	56
5. Restitution des sommes d'argent, titres et objet de valeur	57
6. Les repas.....	57
7. La pratique religieuse	58
8. Droits civiques	58
9. Les autorisations de sortie des personnes hospitalisées	58
10. Téléphonie, informatique et téléviseurs.....	59
11. Accompagnants privés.....	60
12. Les visites.....	60
13. Règles et recommandations aux visiteurs / usagers.....	61
14. Les animaux	61
15. Interdiction des pourboires	61
16. Visite des officiers ministériels (dont notaires)	62
17. Effets personnels des usagers	62
18. Le courrier.....	62
H. La sortie de l'utilisateur.....	63
1. Compétence du Directeur	63
2. Modalités de sortie.....	63
3. La sortie contre avis médical.....	64
4. La sortie à l'insu de l'unité de soins (fugue)	64
5. La sortie par mesure disciplinaire	65
I. Dispositions particulières relatives aux unités d'hébergement : USLD et EHPAD.....	65

1. Libre choix de la personne.....	65
2. Modalités de l'admission et d'accueil d'un usager en USLD/EHPAD	66
3. Frais de séjour	66
4. Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP)	66
5. Relations avec les familles.....	67
6. Domicile de l'usager en USLD/EHPAD	67
J. Dispositions relatives aux décès	67
1. Attitude à suivre à l'approche du décès.....	68
2. Annonce du décès	68
3. Formalités entourant le décès	68
4. Indices de mort violente ou suspecte	69
5. Dépôts des corps à la chambre mortuaire	69
6. Transport sans mise en bière en chambre funéraire	69
7. Transport sans mise en bière au domicile du défunt ou d'un proche de la famille.....	70
8. Mise en bière et transport après mise en bière	70
9. Opérations funéraires	71
10. Don du Corps.....	71
11. Objets abandonnés ou déposés par le défunt.....	72
12. Libre choix des opérateurs funéraires	72
13. Liberté des funérailles, dispositions testamentaires	72
K. Les droits du patient.....	73
1. Laïcité et libre exercice du culte.....	73
2. Les Chartes.....	74
3. Le droit à l'information du patient	74
4. Information de la famille et des proches	75
5. Transmission d'information entre professionnels de santé	75
6. Le dossier médical du patient	76
7. La communication du dossier médical.....	76
8. Les clichés d'imagerie médicale	78
9. Les relations avec les familles et le médecin traitant	78
10. Accueil et prise en charge des patients en situation de handicap.....	79
11. La personne de confiance	79
12. Les directives anticipées	81
13. Le secret à l'hôpital	82
14. Le traitement des données à caractère personnel	83
15. Le Délégué à la protection des données (DPO)	84

16.	Information sur les accidents médicaux, iatrogènes et infections nosocomiales	85
17.	Le droit à la qualité des soins, à la prise en charge de la douleur et aux soins palliatifs	85
18.	Consentement aux soins – cadre général.....	86
19.	Consentement aux soins des usagers en fin de vie.....	86
20.	Consentement aux soins des patients hors d'état d'exprimer leur volonté	87
21.	Consentement aux soins des majeurs protégés	87
22.	Refus de soins.....	87
23.	Réclamations et voies de recours.....	88
24.	La médiation.....	89
L.	Transfusion sanguine	89
1.	Produits sanguins labiles	89
2.	Sécurité transfusionnelle	89
Chapitre 4 - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL		91
A.	Les principes généraux régissant le service public hospitalier	91
1.	Le principe de continuité	91
2.	Le principe de laïcité.....	91
B.	Les obligations inhérentes au respect de l'usager	92
1.	L'obligation d'accueil et d'information des usagers et de leurs familles	92
2.	Le respect du secret professionnel	93
3.	L'obligation de discrétion professionnelle	94
4.	Le respect de la liberté de conscience et d'opinion.....	94
C.	Les principes de bonne conduite professionnelle	95
1.	Le devoir de réserve	95
2.	L'assiduité et la ponctualité.....	95
3.	L'obligation de respect des instructions reçues et le devoir d'obéissance hiérarchique	96
4.	Le devoir d'alerte et d'information du supérieur hiérarchique.....	96
5.	Le bon usage des biens de l'HIHL	96
6.	Le respect des règles d'hygiène et de sécurité.....	97
7.	L'exigence d'une tenue appropriée et d'un langage correct	97
8.	L'obligation de désintéressement.....	98
9.	L'interdiction d'exercer une activité privée lucrative et cumul d'activité	98
10.	L'interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces.....	99
11.	L'interdiction de tout avantage ou contreparties directes.....	99
12.	L'identifiant des professionnels.....	100
13.	L'utilisation du système d'information et des réseaux sociaux.....	100

14.	Usage du téléphone portable.....	101
15.	Respect de la charte graphique	101
16.	Affichage	102
D.	Les droits et garanties du personnel	102
1.	Liberté de conscience et d'opinion	102
2.	Droit à l'expression directe et collective.....	102
3.	Droit de grève.....	102
4.	Droit syndical	103
5.	Egalité de traitement et principe de non-discrimination	103
6.	La protection contre le harcèlement moral ou sexuel	104
7.	La protection fonctionnelle	104
8.	Le droit de retrait	105
9.	Le droit à la formation professionnelle	105
10.	Le droit d'accès au dossier administratif	106
11.	Le droit à la déconnexion.....	106
12.	La prévention des risques professionnels, la qualité de vie au travail et la politique sociale	107
Chapitre 5 - DISPOSITIONS RELATIVES A LA SECURITE ET A L'ENVIRONNEMENT.....		110
A.	Dispositions générales relatives à la sécurité	110
1.	L'opposabilité des règles de sécurité	110
2.	Matériels et dispositifs de sécurité	110
3.	Liens de coopérations avec les autorités judiciaires, les forces de l'ordre et la Préfecture	111
4.	Les témoignages en justice des professionnels de l'HIHL.....	111
5.	Le Plan Vigipirate.....	111
6.	Le Plan de sécurisation de l'HIHL.....	112
B.	Les règles de sécurité générale	112
1.	La Sécurité des Personnes.....	112
2.	La Sécurité des Biens.....	112
3.	Dispositions Générales relatives à l'accès à l'HIHL	113
4.	Dispositions Spécifiques relatives à l'accès à l'HIHL	113
5.	L'interdiction de dissimulation du visage	116
C.	Les règles relatives à l'interdiction de fumer, à l'usage du vapotage, à l'alcool et aux substances illicites.....	117
1.	HIHL lieu de santé sans Tabac	117
2.	L'interdiction de fumer et de vapoter.....	117
3.	Objets et produits interdits.....	118

D. Les règles de sécurité de fonctionnement	119
1. La sécurité Incendie.....	119
2. La sécurité technique	119
3. La sécurité Informatique.....	120
E. Les règles de circulation et stationnement	120
1. Nature de la voirie hospitalière	120
2. Dispositions générales de stationnement et circulation	120
3. Limitation de la responsabilité de l'HIHL en matière de stationnement et de circulation 121	
4. Sanctions au non-acquittement d'un péage routier	122
Chapitre 6 - DISPOSITIONS RELATIVES AU REGLEMENT INTERIEUR	123
A. Procédure d'adoption du règlement intérieur.....	123
B. Opposabilité du règlement intérieur	123
C. Mise à disposition et communication du règlement intérieur	123
1. S'agissant des usagers ou tiers	123
2. S'agissant des agents	123
D. Modification du règlement intérieur	124
Chapitre 7 – Annexes au règlement Intérieur	125

Introduction Générale

Le présent règlement intérieur est établi en application des dispositions légales et réglementaires en vigueur, et notamment celles contenues dans le Code de la Santé Publique (CSP).

Il se substitue aux dispositions antérieurement en vigueur. Il est complété par toutes dispositions portant règlement intérieur des structures hospitalières ou d'activités spécifiques, tels que les différentes chartes ou règlement spécifiques applicables le cas échéant dans divers secteurs ou services de l'établissement qui se réfèrent au règlement intérieur de l'établissement.

Le règlement intérieur définit les règles de fonctionnement de l'HIHL, notamment sur le plan de l'organisation institutionnelle générale, de l'accueil et de la prise en charge des usagers et des visiteurs, de l'activité et de la gestion des professionnels hospitaliers ainsi que des droits et devoirs du personnel.

Le Directeur de l'HIHL est chargé de veiller à l'application et à l'exécution du règlement intérieur.

Le règlement intérieur s'applique sur l'ensemble des sites de l'HIHL et notamment :

- Dans tous les bâtiments appartenant à l'HIHL ;
- Sur les voies terrestres de circulation et de stationnement de l'HIHL ;
- Dans l'ensemble des lieux (dont chambres, studios ...) gérés par l'HIHL, mis à la disposition des étudiants en formation au sein de l'HIHL, des stagiaires extérieurs, intérimaires...
-

Le règlement intérieur de l'HIHL est opposable à tous, et notamment :

- A tous les patients, usagers et résidents ;
- A tous les accompagnants des usagers (familles, proches, visiteurs, etc.) ;
- A tous les membres du personnel employés par L'HIHL, quel que soit leur statut ;
- A tous les stagiaires intervenant à l'HIHL, dans le cadre d'une convention de stage ;
- Aux étudiants et élèves ;
- A tous les intervenants extérieurs à l'HIHL dans le cadre d'une mission ponctuelle, et plus généralement à tout tiers qui pénètre dans le site de l'HIHL.

Chapitre 1 - Dispositions générales

A. Statuts, missions et sites

1. Les statuts

L'Hôpital Intercommunal du Haut Limousin (HIHL) est un hôpital de proximité, établissement public de santé régi par le Code de la santé publique (CSP). Il est doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière.

Le siège de l'HIHL est situé :

Hôpital Intercommunal du Haut Limousin (HIHL)
4 avenue Charles de Gaulle
87300 BELLAC

Les identifiants de l'HIHL sont les suivants :

- FINESS Juridique : 870014503
- SIREN : 268 700 424
- SIRET du siège : 268 700 424 00016

2. Les différents sites

L'HIHL est composé de plusieurs établissements répartis sur 3 sites géographiques :

- Site Jolibois à Bellac
- Site La Josnière à Le Dorat
- Site Beauséjour à Magnac-Laval

	BELLAC	LE DORAT	MAGNAC-LAVAL
Hôpital			Non concerné
SIRET	268 700 424 00016	268 700 424 00065	
FINESS	870000551	870001567	
USLD			
SIRET	268 700 424 00107	268 700 424 00081	268 700 424 00131
FINESS	87005824	870008141	
EHPAD			
SIRET	268 700 424 00115	268 700 424 00073	268 700 424 00131
FINESS	870002532	870005840	870005816

3. Les missions générales

L'HIHL a pour missions d'assurer, conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique (CSP) :

- La permanence des soins, et notamment la prise en charge et le traitement de l'ensemble des usagers accueillis en son sein ;
- Les activités pour favoriser le maintien à domicile (SSIAD, Portage de repas,...)
- La prise en charge des soins palliatifs ;
- Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- La formation initiale et le développement professionnel continu du personnel paramédical ;
- Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- Les actions de santé publique ;

L'HIHL est soumis au contrôle de l'Etat. Ce contrôle est exercé par le Directeur de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de la Nouvelle Aquitaine.

ARTICLES L. 6112-1, L. 6111-1 et L. 6143-2 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

B. La coopération

En 2016, douze « Groupements hospitaliers de territoire » (GHT) ont été créés en NOUVELLE-AQUITAINE dans le cadre de la Loi de modernisation de notre système de santé.

Ce mode de coopération à l'échelle d'un territoire a pour objectif principal de garantir à tous les patients un meilleur accès aux soins en renforçant la coopération entre hôpitaux publics autour d'un projet médico-soignant partagé.

Cette vision partagée de l'offre de soins permet de mieux organiser les modes de prises en charge, territoire par territoire, et de présenter un projet médico-soignant répondant aux besoins de la population.

Un établissement support, disposant d'un statut particulier par rapport aux autres membres du GHT est désigné afin d'assurer certaines fonctions et activités pour le compte des autres établissements parties au groupement :

- système d'information hospitalier (SIH) ;
- département de l'information médicale (DIM) ;
- achats ;
- coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu (DPC).

La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé renforce la stratégie et la gouvernance médicales des GHT à travers les principales mesures :

- commission médicale de groupement obligatoire ;
- nouvelle fonction dévolue à l'établissement support : gestion des RH médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- droit d'option, dérogation au droit commun : trésorerie commune, plan d'investissement et PGFP uniques, CPOM unique ;
- fusion des instances représentatives.

Pour permettre à chaque groupement de détenir une base de données afin d'élaborer le projet médical partagé, pierre angulaire des GHT, une fiche d'identité par groupement a été réalisée.

Elle présente des éléments sur :

- les ressources humaines : aussi bien sur le personnel médical que sur le personnel non médical ;
- l'activité avec notamment un focus sur la chirurgie ambulatoire ;
- les parts de marché ;
- la répartition des produits...

1. Le GHT du Limousin

Le GHT du Limousin présente la particularité d'être l'un des plus importants GHT de France, dont les établissements sont répartis sur tout le territoire de l'ancienne région du même nom, soit 3 départements : la Corrèze (19), la Creuse (23) et la Haute-Vienne (87).

Liste des établissements parties :

- Centre hospitalier Esquirol de Limoges,
- CH Dubois de Brive-la-Gaillarde,
- Centre hospitalier de Tulle,
- Centre hospitalier d'Ussel,
- Centre hospitalier Bernard Desplas de Bourgneuf,
- Centre hospitalier d'Aubusson,
- Centre hospitalier Jacques Boutard de Saint-Yrieix,
- Centre hospitalier de Saint-Junien,
- Centre hospitalier moyens et longs séjours d'Évaux-les-Bains,
- Centre hospitalier gériatrique de Cornil,
- Hôpital local Bort-les-Orgues,
- Centre hospitalier gériatrique d'Uzerche,
- Centre hospitalier de Saint-Vaury,
- Centre hospitalier de La Souterraine,
- Centre hospitalier intercommunal Monts et Barrages de Saint-Léonard-de-Noblat,
- Centre hospitalier de Guéret
- Hôpital intercommunal du Haut Limousin

2. Les instances du GHT

a. Le Comité stratégique

Le comité stratégique est présidé par le Directeur de l'établissement support, à savoir le Directeur Général du CHU de Limoges.

Il est chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention constitutive, du projet médico-soignant partagé ainsi que sur la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions. D'autre part, il élabore le règlement intérieur du groupement, reçoit les avis émis par la commission médicale, ou le collège médical, de groupement, par la CSIRMT de groupement et par la commission ou le comité des usagers de groupement, reçoit pour avis les Etats Prévisionnels des Recettes et des Dépenses (EPRD) des établissements parties au groupement et le médecin responsable du Département d'Information Médicale (DIM) de territoire lui dresse un bilan annuel de l'activité du groupement.

ARTICLES L. 6132-2 et R.6132-10 à R.6132-10-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

b. La Commission Médicale de Groupement

La Commission Médicale de groupement comprend des membres avec voix délibératives, et des membres avec voix consultatives. Le détail de sa composition est fixé par le Code de la Santé Publique.

La commission médicale de groupement établit un règlement intérieur. Elle peut librement constituer des sous-commissions pour traiter des matières relevant de ses attributions.

La commission médicale de groupement peut faire des propositions au comité stratégique sur toute opération visant à mettre en œuvre le projet médical partagé.

La commission médicale de groupement élabore le projet médico-soignant partagé.

Elle est consultée sur les matières suivantes :

- La constitution d'équipes médicales de territoire ;
- La mise en place de pôles inter-établissements ou de fédérations médicales inter hospitalières ;
- Le schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins ;
- La politique territoriale d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins du groupement ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- Les orientations stratégiques communes aux établissements parties en matière de gestion prospective des emplois et des compétences, d'attractivité et de recrutement, de rémunération et de temps de travail concernant les personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- La politique territoriale de développement professionnel continu de ces personnels ;

- Le projet social et le projet managérial du groupement, pour leur volet relatif aux personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques des établissements parties ;
- Les objectifs communs des projets sociaux et managériaux des établissements parties au groupement, concernant les professionnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- La politique en matière de coopération territoriale concernant les établissements parties ;
- La politique territoriale de recherche et d'innovation ;
- La politique territoriale des systèmes d'information ;
- Le cas échéant, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens unique, le programme d'investissement unique ou le plan pluriannuel de financement unique.

La commission médicale de groupement est informée sur les matières suivantes :

- Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements parties au groupement ;
- Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux des établissements parties ;
- La politique territoriale d'achat des produits de santé et équipements médicaux.

La commission élit son président et son vice-président parmi les praticiens qui en sont membres titulaires. La durée des fonctions de président de la commission médicale de groupement est de quatre ans, renouvelable une fois.

Le président de la commission médicale de groupement veille au bon fonctionnement de la commission.

Le président présente annuellement à la commission médicale de groupement son programme d'actions, en tenant compte des actions déjà mises en œuvre.

Il présente un bilan de la mise en œuvre du projet médico-soignant partagé au comité stratégique.

Le président de la commission médicale de groupement signe conjointement avec le Directeur de l'établissement support les contrats de pôles cliniques ou médico-techniques inter-établissements conclus avec le chef de pôle.

Le président de la commission médicale de groupement décide conjointement avec le Directeur de l'établissement support des nominations des chefs de pôles inter-établissements entre tout ou partie des établissements parties au groupement.

Le président de la commission médicale de groupement participe à l'élaboration de la politique d'accompagnement à la prise de responsabilité managériale territoriale des professionnels médicaux.

ARTICLES L. 6132-2-1 et D. 6132-9 à D. 6132-9-11 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

c. Le comité territorial des élus locaux

La convention constitutive définit la composition et les règles de fonctionnement du comité territorial des élus locaux.

Les maires des communes sièges des établissements parties au groupement, les représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils d'administration des établissements ou services médico-sociaux parties, le président du comité stratégique, les Directeurs des établissements parties au groupement et le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement en sont membres de droit.

Le comité territorial des élus locaux évalue et contrôle les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. D'autres missions peuvent lui être déléguées dans la convention constitutive.

ARTICLE R. 6132-13 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

d. La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement

Le président de la CSIRMT de groupement est un coordonnateur général des soins désigné par le Directeur de l'établissement support. Il n'est pas nécessairement celui de l'établissement support.

Cette commission est composée des présidents et, en nombre fixé par la convention constitutive, de représentants des commissions de CSIRMT des établissements de santé parties et de représentants de professionnels paramédicaux des établissements ou services médico-sociaux parties au groupement. Les avis émis par la CSIRMT de groupement sont transmis au comité stratégique de groupement et à chaque CSIRMT des établissements parties au groupement.

ARTICLES L. 6132-2-6 et suivants et R. 6132-12 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

e. Le comité des usagers

Le comité des usagers est présidé par le Directeur de l'établissement support du groupement.

La convention constitutive fixe sa composition et ses compétences. Compte tenu du vaste champ de compétences des commissions des usagers des établissements de santé (suivi des plaintes et réclamations, veille au respect des droits des usagers, participation à l'élaboration de la politique d'accueil, de la prise en charge, participation à la politique de qualité ...) les missions de la commission ou du comité sont fixés par la convention constitutive.

Les avis émis par le comité des usagers de groupement sont transmis aux membres du comité stratégique et à chacune des commissions des usagers des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

ARTICLE R. 6132-11 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

f. La conférence territoriale de dialogue social

La conférence territoriale de dialogue social comprend :

- Le président du comité stratégique, président de la conférence ;
- Un représentant de chaque organisation syndicale représentée dans au moins un comité social d'établissement d'un établissement partie au groupement ;
- Des représentants, en nombre fixé par la convention constitutive, des organisations représentées dans plusieurs comités sociaux d'établissement des établissements parties au groupement ;
- Le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement, le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du groupement et d'autres membres du comité stratégique, désignés par son président.

La conférence territoriale de dialogue social est informée des projets de mutualisation, concernant notamment la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, les conditions de travail et de la politique de formation au sein du groupement hospitalier de territoire.

ARTICLE R. 6132-14 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE



Chapitre 2 - L'organisation institutionnelle

A. Le projet d'établissement

Le Projet d'Etablissement définit la politique générale de l'institution sur la base du projet médico soignant, le projet des usagers, projet qualité gestion des risques, le schéma Directeur du système d'informations, la stratégie d'établissement, le projet managérial et social et le projet responsabilité sociétale et environnementale-développement durable. Ce projet s'inscrit dans les objectifs du Schéma Régional de Santé.

Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans.

La gouvernance du projet revient au Directeur et au Président de la Commission Médicale d'établissement (PCME).

ARTICLE L. 6143-2 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

B. La gouvernance médico-administrative

1. Le Directeur

Attributions du Directeur

- Le Directeur conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement. Il dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques. Il est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement.
- Il a le pouvoir de transiger. Il préside un Directoire disposant de compétences propres et assurant une fonction de conseil auprès de lui dans la gestion et la conduite de l'établissement. Il participe aux séances du Conseil de Surveillance dont il exécute les délibérations.

Le Directeur, après concertation avec le Directoire :

- Conclut le contrat pluriannuel ;
- Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, 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 ;
- Arrête le rapport social unique ;
- Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;
- Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations

mentionnés dans le code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;

- Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;
- Arrête le plan blanc de l'établissement ;
- Arrête le règlement intérieur de l'établissement.
- Définit l'organisation des activités conformément au projet médico soignant, après avis du Président de la CME.
- Nomme les chefs de service après avis du président de la CME.
- Est assisté de deux Directeurs Adjointes dont il détermine le positionnement dans l'organigramme de Direction, en charge des directions fonctionnelles, des directions de sites, et des directions des établissements en direction commune.
- Est responsable de la bonne application des mesures de sécurité pour la Sécurité des Systèmes d'Information en tant qu'Autorité Qualifiée pour la Sécurité des Systèmes d'Information (AQSSI).

Délégation de signature du Directeur

Le Directeur peut déléguer sa signature aux personnels sur lesquels il exerce son autorité hiérarchique, et notamment aux membres de l'équipe de Direction. Il détermine librement, en tenant compte des fonctions occupées et du grade de l'agent, des périmètres de délégations accordées à chacun au sein de l'HIHL.

Afin d'assurer la continuité du service public hospitalier au sein de l'HIHL, le Directeur organise avec les membres de son équipe de Direction et, le cas échéant, d'autres cadres de Direction et collaborateurs auxquels il a donné délégation de signature, les gardes administratives.

Pouvoir de police du Directeur

Le Directeur, peut exercer son pouvoir de police à l'égard de l'utilisateur qui perturbe le bon fonctionnement du service public hospitalier de par son comportement. Cela peut aller jusqu'à la sortie de l'utilisateur accueilli, si son état de santé le permet. L'utilisateur peut également voir sa responsabilité civile engagée.

Une obligation de quitter les lieux peut être prononcée, par le Directeur, ou son représentant, à l'encontre de tout usager ou visiteur qui perturberait le bon fonctionnement du service public hospitalier. L'utilisateur ou le visiteur peut, ainsi, se voir interdire de pénétrer dans les locaux de l'HIHL de manière temporaire ou permanente, sauf si son état de santé requiert des soins urgents.

ARTICLES L.6143-7 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

2. Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (PCME)

Le Président de la CME est élu par ses pairs.



Il est le 1^{er} vice-président du Directoire. Il élabore avec le Directeur, et, en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical d'établissement. Il en assure la mise en œuvre et en dresse le suivi annuel.

Il coordonne la politique médicale de l'établissement. Il est chargé conjointement avec le Directeur de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Il coordonne la politique médicale de l'établissement et assure les missions suivantes :

- contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques médicales ;
- veille à la coordination de la prise en charge des patients ;
- contribue à la promotion de la recherche médicale et à l'innovation thérapeutique ;
- coordonne l'élaboration du plan de développement professionnel continu des personnels médicaux ;
- présente un rapport annuel au directoire et au conseil de surveillance sur la mise en œuvre de la politique médicale d'établissement.

Avec le Directeur, il veille à la mise en œuvre des engagements de l'HIHL en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (notamment à l'issue de la certification). Il contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques médicales, tout en veillant à la coordination de la prise en charge du patient.

ARTICLES R.6144-5 ET SUIVANTS DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

3. Les instances décisionnelles

a. Le Directoire

L'HIHL est doté d'un Directoire qui a pour **missions** :

- d'appuyer et conseiller le Directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement ;
- d'approuver le projet médical ;
- de préparer le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ;

La **composition du Directoire** est la suivante :

Le Directoire est composé de onze membres, d'une part de membres du personnel médical et pharmaceutique.

- Membres avec **voix délibérative** :
 - Le Directeur, président du Directoire ;
 - Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement, Vice-Président ;
 - Le Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique ;

- Un membre du personnel non médical nommé par le Directeur sur proposition du président de la CSIRMT et, le cas échéant, révoqué par le Directeur, après information du Conseil de Surveillance ;
- 5 membres du personnel médical nommés par le Directeur sur proposition du président de la commission médicale d'établissement et, le cas échéant révoqués par le Directeur après information du Conseil de Surveillance ;
- Membres avec **voix consultative** :
 - Le Directeur peut en outre, sur avis conforme du Président de la Commission Médicale d'Etablissement et après consultation du Directoire, désigner aux plus trois personnalités qualifiées, qui peuvent notamment être des représentants des usagers ou des étudiants. Ces personnalités participent avec voix consultative aux séances du Directoire.

La durée du mandat des membres du Directoire est de 4 ans. Les fonctions de membre du Directoire sont exercées à titre gratuit.

Voir Annexe 1 : Règlement Intérieur du Directoire

ARTICLES L. 6143-7 ET SUIVANTS ET D. 6143-35-4 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

b. Le Conseil de Surveillance

Les **missions** :

Le Conseil de surveillance définit notamment les orientations stratégiques et assure le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il communique au Directeur Général de l'Agence régionale de santé (DGARS) ses observations sur le rapport annuel présenté par le Directeur et sur la gestion de l'établissement.

Il délibère sur :

- Le projet d'établissement ;
- La convention constitutive de l'HIHL et les conventions passées conjointement avec les universités en matière d'enseignement et de recherche ;
- Le compte financier et l'affectation des résultats ;
- Tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
- Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement ;
- Toute convention conclue entre l'HIHL et l'un des membres de son Directoire ou de son Conseil de Surveillance ;
- Les prises de participation et les créations de filiales.

Il donne également son avis sur :

- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et sur certains contrats de partenariat ;
- le règlement intérieur de l'établissement.

Le Conseil de Surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et se fait communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission : les documents financiers pluriannuels élaborés en concertation avec le Directoire, les documents stratégiques relatifs au projet d'établissement et à la participation à des coopérations et réseaux validés en concertation avec le Directoire.

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

La composition

Le Conseil de surveillance comprend trois collèges où siègent respectivement des représentants des collectivités territoriales, des représentants de personnel de l'établissement et des personnalités qualifiées, dont des représentants d'usagers.

Le Président du Conseil de Surveillance est élu parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées, pour une durée de cinq ans. Le Président du Conseil de Surveillance désigne parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées, un Vice-Président, qui préside le Conseil de Surveillance en son absence. A l'HIHL, vu l'historique de l'établissement, deux Vice-Présidents sont désignés.

Le détail de la composition du Conseil de Surveillance est prévu par les dispositions du Code de la Santé Publique.

Voir Annexe 2 : Règlement intérieur du Conseil de Surveillance

**ARTICLES L. 6143-1 ET SUIVANTS DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET ARTICLES R. 6143-1 ET SUIVANTS DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE**

C. Les instances consultatives et de dialogue social

1. La Commission Médicale d'Etablissement (CME)

Cette commission, représentative des personnels médicaux et pharmaceutiques, est constituée de commissions et de comités pour certains d'ordre réglementaire.

Les **missions** :

La Commission médicale d'établissement est **consultée** sur :

- Les projets de délibérations mentionnées à l'article L. 6143-1 du CSP ;

- Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
- Le plan de redressement ;
- L'organisation interne de l'établissement. A ce titre, la commission se prononce notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation des activités de l'établissement ;
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- La gestion prévisionnelle des emplois et compétences ;
- La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire ;
- Le projet médico soignant de l'établissement ;
- La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;
- La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;
- La politique de formation des étudiants et internes ;
- La politique de recrutement des emplois médicaux ;
- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- La mise en œuvre de l'une des actions mentionnées au III de l'article L. 6112-2 ;
- Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;
- Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux.

La Commission médicale d'établissement est **informée** sur :

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

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

- La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter la iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement ;
- Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
- La prise en charge de la douleur ;
- Le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical et pharmaceutique.

La Commission médicale d'établissement **contribue à l'élaboration de projets** relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment :

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

Dans ce cadre, la CME propose au Directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables, notamment ceux mentionnés à l'article L. 6111-2 du code de la santé publique.

Ce programme comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité. La Commission des usagers et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques contribuent à l'élaboration de ce programme d'actions.

La CME élabore un rapport annuel présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi. Le Directeur tient le programme d'actions et le rapport annuel à la disposition du Directeur de l'Agence Régionale de la Santé.

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 service 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 CSE élu en son sein ;

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.

Le mandat est de 4 ans. Il est renouvelable.

Président et Vice-Président

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

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.

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.

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.

Voir Annexe 3 : Règlement intérieur de la Commission Médicale d'Etablissement (CME)

ARTICLE 1, 3 et 4 du DECRET n°2022-202 du 17 février 2022

2. Les Sous-Commissions de la CME (CLIAS, CLAN, CLUD,...)

La CME 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 CME, après avis de cette instance.

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

- deux membres de droit : le Directeur (ou son représentant), et le Président de la CME (ou son représentant),
- des praticiens de la CME désignés par elle,

- des professionnels médicaux ou non dont l'expertise est nécessaire (il est possible que ces experts soient extérieurs à l'établissement),
- un représentant du personnel,
- 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 Associées aux Soins (CLIAS)**, dans le cadre de la gestion des risques, a un rôle qui consiste à définir la politique de prévention des infections associées aux soins et du risque infectieux et à coordonner la mise en application de cette politique par l'équipe opérationnelle d'hygiène et les autres professionnels. Il élabore des protocoles de soins, vérifie leur application et intervient dans la formation du personnel sur les règles d'hygiène.

Voir Annexe 4 : Règlement intérieur du CLIAS

- **Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (CSTH)**, contribue à l'amélioration de la sécurité des patients transfusés et veille à la mise en œuvre des règles d'hémovigilance. Il est consulté sur la politique transfusionnelle, la répartition des moyens financiers alloués à la sécurité transfusionnelle, l'organisation du suivi médical des receveurs et le programme de formation du personnel paramédical et médical.

Voir Annexe 5 : Règlement intérieur du CSTH

- **Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)**, définit au sein de l'établissement une politique cohérente en matière de prise en charge de la douleur et des soins palliatifs. Il veille aussi à la promotion et à la mise en œuvre des actions dans ce domaine.

Voir Annexe 6 : Règlement intérieur du CLUD

- **Comité de Liaison Alimentation et Nutrition (CLAN)**, a pour mission de conseiller en matière de qualité et sécurité de l'alimentation et de la nutrition des patients et personnels accueillis à l'HIHL.

Voir Annexe 7 : Règlement intérieur du CLAN

- **La Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS)** a commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire et la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles conformément à l'article R6144-2 du code de la santé publique et à la décision des membres de la CME du 1er février 2011

3. Le Comité Social d'Etablissement (CSE)

Le Comité Social d'Etablissement (CSE) est l'instance de représentation du personnel dans la fonction publique hospitalière. Le CSE est issu de la fusion en une seule instance du Comité Technique d'Etablissement (CTE) et du CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité, et des Conditions de Travail).

A l'HIHL, il a été décidé conformément à l'article 3 du décret visé ci-dessus, de créer une **formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail (F3SCT)**. Cette formation se réunira en 1ère partie de chaque CSE. Les agents de contrôle de l'inspection du travail sont informés de toutes les réunions de la formation spécialisée du CSE.

La composition et les missions sont décrites dans le règlement intérieur du CSE.

Voir Annexe 8 : Règlement intérieur du Comité Social d'Etablissement (CSE)

**DECRET N°2021-1570 DU 3 DECEMBRE 2021 ET ARTICLE R.6144-40 ET SUIVANT DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
ARTICLES L251-11 A L251-13 DU CODE GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE**

4. La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT)

Les missions

Elle est **consultée** pour avis sur :

- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins ;
- L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades ;
- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;
- Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ;
- La politique de développement professionnel continu ;
- La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire.

Elle est **informée** sur :

- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- La mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 du CSP (admission de praticiens exerçant à titre libéral) ;
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

La composition

Elle est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques : coordonnateur général des soins ou de son représentant, membres élus représentatifs des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques.

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

Voir Annexe 9 : Règlement intérieur de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT)

ARTICLES L.6146-9 ET R.6146-10 ET SUIVANTS DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

5. La Commission des Usagers (CDU)

Les missions

La Commission Des Usagers est une instance de dialogue et d'échange interne des établissements de santé. Elle contribue à la dynamique de codécision en veillant à associer les usagers dans l'amélioration de la prise en charge des usagers au sein de l'établissement en prenant en compte le regard de l'utilisateur.

Elle s'adresse à tous les usagers des activités sanitaires (médecine, SMR, consultations externes et USLD).

Les missions

- Veiller au respect des droits des usagers
- Contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge
- Contribuer à la politique médicale et au projet d'établissement
- Proposer un projet des usagers

Voir Annexe 10 : Règlement intérieur de la Commission des Usagers (CDU)

ARTICLES L. 1112-3 ET SUIVANTS DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

6. Le Conseil de la Vie Sociale (CVS)

Le conseil de la vie sociale est une instance consultative autonome rendue obligatoire par la loi du 2 janvier 2002. C'est un lieu d'expression qui permet aux usagers, aux résidents et à leurs familles de communiquer et d'échanger sur l'ensemble de leurs conditions de vie, de soins et d'hébergement. Cette instance s'adresse donc aux usagers de nos services d'EHPAD et du SSIAD.

Le décret du 25 mars 2004 précise les modalités de ce lieu d'écoute et de proposition.

Missions et compétences

Le CVS donne son avis et propose des solutions d'amélioration du quotidien des personnes et du fonctionnement de l'établissement ou des services, et notamment sur :

- L'organisation intérieure et la vie quotidienne
- Les activités et l'animation socio-culturelle
- Les services thérapeutiques
- L'utilisation des locaux collectifs, les chambres et leur entretien
- La nature et le prix des services rendus

- Les mesures prises pour favoriser les relations entre les usagers, les résidents et le personnel
- Les relogements prévus en cas de travaux

Il est obligatoirement consulté sur le règlement de fonctionnement de l'établissement et du conseil de la vie sociale, le projet d'établissement et la démarche qualité.

Voir Annexe 11 : Règlement intérieur du Conseil d la Vie Sociale

DECRET N° 2022-688 DU 25 AVRIL 2022

ARTICLE L. 311-6 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

D. Les Commissions Spécifiques

1. Les Commissions Administratives Paritaires (CAP)

Les commissions administratives paritaires (CAP) sont les instances de représentation des personnels de la Fonction Publique Hospitalière, compétentes à l'égard des fonctionnaires.

Au nombre de 10, elles correspondent chacune à une catégorie hiérarchique, soit :

- 4 commissions pour les corps de catégorie A,
- 3 commissions pour les corps de catégorie B,
- 3 commissions pour les corps de catégorie C.

Une CAP locale (CAPL) est créée par l'assemblée délibérante d'un établissement, dès que l'effectif des fonctionnaires relevant de cette commission est au moins égal à 4 pendant 3 mois consécutifs.

Lorsqu'une CAP locale ne peut pas être créée, les fonctionnaires relèvent d'une CAP départementale (CAPD), créée par l'Agence régionale de santé (ARS) et gérée par un établissement situé dans le département.

Les représentants du personnel sont élus par les fonctionnaires tous les 4 ans.

Les représentants de l'administration à une CAP locale sont désignés par l'assemblée délibérante de l'établissement.

Les représentants de l'administration à une CAP départementale sont désignés par le Directeur de l'établissement qui en assure la gestion.

Elles comprennent en nombre égal des représentants de l'administration et des représentants du personnel. Elles sont composées de membres titulaires et suppléants.

Depuis le 1^{er} janvier 2021, les attributions des commissions administratives paritaires (CAP) ne portent plus désormais que sur :

- certaines décisions individuelles défavorables aux agents ;
- en formation disciplinaire, sur les projets de sanction disciplinaire des 2e, 3e et 4e groupes à l'égard des fonctionnaires ;
- certaines demandes de réintégration de fonctionnaires ;

Les séances des commissions ne sont pas publiques.

Les lignes directrices de gestion se substituent aux CAP en matière de promotion et d'avancement. Elles sont disponibles sur Intranet de l'établissement.

DECRET N° 2022-857 DU 7 JUIN 2022 RELATIF AUX CAP LOCALES, DEPARTEMENTALES ET NATIONALES DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE

2. Les Commissions Consultatives Paritaires (CCP)

Une commission consultative paritaire (CCP) est une instance consultative composée, en nombre égal, de représentants de l'administration et de représentants du personnel, compétente à l'égard des personnels contractuels.

Une CCP est créée dans chaque département par l'Agence régionale de santé (ARS) et gérée par un établissement situé dans le département.

Les représentants du personnel sont élus par les agents contractuels tous les 4 ans.

Les représentants de l'administration sont désignés par le Directeur de l'établissement qui assure la gestion de la commission.

Elles comprennent en nombre égal des représentants de l'administration et des représentants du personnel. Elles sont composées de membres titulaires et suppléants. Les contractuels participent par l'intermédiaire de leurs délégués siégeant aux commissions consultatives paritaires à l'application des règles et à l'examen des décisions individuelles relatives à leur carrière.

Les commissions consultatives paritaires (CCP) sont consultées pour :

- certaines décisions individuelles affectant les agents contractuels ;
- en formation disciplinaire, sur les projets de sanction disciplinaire des 2e, 3e et 4e groupes à l'égard des contractuels ;

Les séances des commissions ne sont pas publiques.

ARRETE DU 23 MAI 2022 MODIFIANT L'ARRETE DU 8 JANVIER 2018 RELATIF AUX COMMISSIONS CONSULTATIVES PARITAIRES COMPETENTES A L'EGARD DES AGENTS CONTRACTUELS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE

E. L'instance déontologique et éthique : le Comité de Réflexion Ethique (CRE)

Il n'y a pas de textes précis régissant les Comités d'éthique des établissements de santé ou médico-sociaux, mais de nombreuses recommandations en font la promotion dans le cadre de la liberté d'organisation portée par la Loi HPST.

Le comité de réflexion éthique est une Instance de réflexion et d'échanges, et a une double mission :

- constituer une aide à la décision dans le processus d'accueil et de prise en charge des patients, résidents et usagers de l'HIHL
- émettre des conseils, des avis et des recommandations.

Le CRE a pour vocation de concourir, en lien avec la Commission Médicale d'Etablissement (CME) à la définition de la ligne éthique de la pratique au sein de l'HIHL et des autres établissements partenaires, de favoriser la réflexion sur le soin, d'identifier les problèmes éthiques rencontrés dans l'établissement, d'émettre des avis, conseils ou recommandations sur les questions qui lui sont soumises ou dont il se serait saisi, dans le cadre de la prise en charge des patients, résidents ou usagers, et de recenser les bonnes pratiques.

Dans ce cadre, le CRE :

- Apporte son expertise et son analyse dans un objectif d'appui aux personnels, lorsque dans leurs pratiques ils se trouvent confrontés à une situation qui remet en question leurs décisions et agissements,
- Diffuse en interne des réflexions et des recommandations sur les bonnes pratiques professionnelles,
- Conseille les potentiels chercheurs sur les démarches et projets ou protocoles de recherche.

Voir Annexe 12 : Règlement intérieur du Comité de Réflexion Ethique de l'HIHL (CRE)

ARTICLE L 6143-5 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
ARTICLE L. 6111-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

F. Les référents laïcité, handicap, conseillers en évolution professionnelle et déontologie

1. Le référent laïcité

La loi du 24 août 2021 confortant le respect des principes de la République a créé la fonction de référent laïcité au sein de l'ensemble des administrations des trois versants de la fonction publique.

L'HIHL a ainsi nommé un référent laïcité.

Le référent laïcité a pour **missions** :

- Sensibiliser les personnels au principe de laïcité et diffuser l'information,
- Sensibiliser les agents et l'encadrement,
- Organiser la journée de la laïcité le 9 décembre de chaque année,
- Réaliser un rapport annuel d'activité transmis au CSE (Comité Social d'Etablissement)

DECRET N° 2021-1802 DU 23/12/2021

2. Le référent handicap

La loi de transformation de la fonction publique a créé la fonction de référent handicap au sein de l'ensemble des administrations des trois versants de la fonction publique.

L'HIHL a ainsi nommé un référent handicap.

Le référent handicap a pour **missions** d'accompagner les agents tout au long de leur carrière professionnelle et coordonner les actions menées en leur faveur en matière d'insertion professionnelle et de maintien dans l'emploi.

LOI DE TRANSFORMATION DE LA FONCTION PUBLIQUE DU 06/08/2019

3. Les conseillers en Evolution Professionnelle

Le décret n°2017-928 du 6 mai 2017 relatif à la mise en œuvre du compte personnel d'activité dans la fonction publique et à la formation professionnelle tout au long de la vie a créé la mission de conseiller en évolution professionnelle.

Les **missions** :

- Accompagner tout agent demandeur dans la réflexion et la formalisation de son projet d'évolution professionnelle
- Solliciter différents dispositifs et réseaux pour l'accompagner

DECRET N°2017-928 DU 6 MAI 2017

4. Le référent déontologie

Le décret N° 2017-519 du 10/04/2017 instaure un référent déontologue dans la Fonction Publique.

Le référent déontologue a pour mission d'apporter à tout agent public (fonctionnaire ou contractuel) qui le demande, des conseils utiles au respect des principes déontologiques de la fonction publique. Il a été désigné par le GHT du Limousin.

DECRET N° 2017-519 DU 10/04/2017

G.L'organisation des soins

1. Nomination et affectation des praticiens hospitaliers

La nomination des praticiens hospitaliers au sein de l'HIHL est prononcée, par arrêté du Directeur du Centre national de Gestion (CNG), sur proposition du Directeur, après avis du Président de la commission médicale d'établissement.

L'affectation est prononcée par le Directeur sur le poste vacant du secteur d'activité ou du service, après avis du Président de la commission médicale d'établissement.

2. Pharmacie à usage intérieur

a. Dispositions spécifiques relatives aux pharmaciens

Les pharmaciens exerçant au sein d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) doivent exercer personnellement leur profession. Ils peuvent se faire aider par des préparateurs en pharmacie qui exercent sous la responsabilité fonctionnelle et le contrôle effectif d'un pharmacien.

D'autres catégories de personnel peuvent être affectées à la PUI pour y effectuer sous la responsabilité fonctionnelle du pharmacien des tâches particulières : cadres de santé, aides-soignants, agents hospitaliers, logisticiens, agents administratifs. La PUI si elle y est autorisée, peut accueillir des internes en pharmacie et des étudiants hospitaliers en pharmacie.

Les étudiants hospitaliers en pharmacie participent à l'activité de la pharmacie sous la responsabilité des pharmaciens et sous la surveillance des internes en pharmacie. Ces personnes sont placées sous l'autorité technique du pharmacien chargé de la gérance.

b. Rôle et missions d'une PUI

La PUI 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 et organise le circuit du médicament.

L'activité d'une PUI d'un établissement de santé est en principe limitée à l'usage particulier des usagers qui sont pris en charge dans cet établissement.

Les médicaments sont exclusivement délivrés par la Pharmacie de l'HIHL, à l'exception de ceux non agréés aux collectivités, selon les modalités définies, notamment, par le document qualité validé « Maîtrise du circuit du médicament ».

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 conformément à la réglementation en vigueur.

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.

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.

3. Docteurs Juniors

Le Docteur junior exerce des fonctions de prévention, de diagnostic, de soins avec pour objectif de parvenir progressivement à une pratique professionnelle autonome.

Le Docteur Junior a une activité en autonomie supervisée, selon un référentiel de mise en situation et d'actes établi par spécialité. Cela veut dire qu'il exerce par délégation et sous la responsabilité du médecin dont il relève. Cette supervision a pour objet le conseil et l'accompagnement dans les actes accomplis jusqu'à recouvrir l'intégralité des mises en situation du référentiel.

4. Internes

Les internes sont des agents publics. Praticiens en formation spécialisée, ils consacrent la totalité de leur temps à leur formation médicale ou pharmaceutique en stage et hors stage.

En stage, les internes sont sous la responsabilité du praticien responsable de l'entité d'accueil. Leurs obligations de trimestre comprennent huit demi-journées par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur le trimestre. Les internes bénéficient d'un temps de pause d'une durée minimale de quinze minutes par demi-journée de stage. Une période de nuit est comptabilisée à hauteur de deux demies journées. Ils peuvent participer au service de gardes et astreintes après accord du médecin qui les encadre.

Le temps réalisé pendant les gardes et lors des déplacements survenant au cours de la période d'astreinte, y compris le temps de trajet, est décompté comme du temps de travail effectif et comptabilisé dans les obligations de service.

Hors stage, les obligations de service des internes comprennent deux demi-journées par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur le trimestre.

Ils bénéficient d'un repos de sécurité immédiatement à l'issue de chaque garde et à l'issue du dernier déplacement survenu pendant une période d'astreinte. Le temps consacré au repos de sécurité ne peut donner lieu à l'accomplissement des obligations de service en stage et hors stage.

Au sein des services d'hospitalisation, les internes en médecine assurent la visite médicale complémentaire des malades (contre-visite), aux jours et heures arrêtés par le Chef de service. Ils dispensent les soins dont l'urgence ne permet pas d'attendre la venue d'un praticien du service. En dehors de ces cas d'urgence, ils ne peuvent procéder à des actes ou interventions à caractère invasif, sous la responsabilité du Chef de service, que s'ils sont habilités par celui-ci et à condition qu'un praticien autorisé par la réglementation soit en mesure d'intervenir à tout moment.

Au sein des services médico-techniques, ils participent à l'exécution et à la validation des examens de diagnostic.

Les internes en pharmacie concourent à la préparation, au contrôle et à la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles, ainsi qu'à l'étude du métabolisme des substances médicamenteuses et toxiques, de participer à l'élaboration et à la validation des analyses biologiques concourant à la prévention, au diagnostic et à la surveillance des traitements, d'assurer la liaison entre le service auquel il est affecté et les services de soins.

Ils s'acquittent des tâches qui leur sont confiées d'une manière telle que la continuité et le bon fonctionnement du service soient assurés.

Les obligations de service de l'interne sont de dix demi-journées par semaine :

- 8 demi-journées de service effectif en stage : activité clinique
- 2 demi-journées hors stage :
 - une demi-journée de temps de formation (durant cette période, il est sous la responsabilité du coordonnateur du DES)
 - une demi-journée de temps personnel dite de consolidation de ses connaissances et compétences. L'interne l'utilise de manière autonome (écriture d'articles scientifiques, formation personnelle...).

Le temps de travail de l'interne est limité à 48 heures hebdomadaires moyennées sur 3 mois. Ce temps inclut les gardes, les astreintes et la demi-journée de formation universitaire. Il a droit à 25 jours de congés annuels répartis sur les deux semestres.

5. Soins infirmiers, de rééducation et médico-technique

Coordonnateur général des soins

A l'HIHL, la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est confiée à un cadre supérieur de santé faisant fonction de coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques.

Il coordonne l'organisation, la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et l'évaluation des pratiques professionnelles. Dans le respect de ses compétences déléguées, il participe au recrutement et à la gestion des personnels, autres que médicaux, contribuant aux activités de soins. Il propose au Directeur l'affectation de ces personnels.

Il est assisté des cadres supérieurs de santé qui le suppléent et l'aident à accomplir ses missions.

Cadres supérieurs et cadres de santé

Les cadres supérieurs de santé assurent des missions d'organisation et de planification des soins et des activités médico-techniques. Les cadres de santé paramédicaux assurent l'encadrement des équipes paramédicales. Ils contrôlent la qualité des soins, la prise en charge des patients et autres activités de l'équipe.

Infirmiers et professionnels de rééducation et médico-techniques

Les professionnels de santé infirmiers, de rééducation et médico-techniques diplômés d'État ou équivalents exercent les actes professionnels relevant de leurs compétences, dans le respect de la réglementation en vigueur.

Aides-soignants

Les aides-soignants intégrés à une équipe de soins, assistent l'infirmier dans les activités quotidiennes de soins. Ils contribuent au bien-être des usagers, en les accompagnant dans tous les gestes de la vie quotidienne et en aidant au maintien de leur autonomie, à l'exclusion de tout soin médical. Ils collaborent aux soins infirmiers sous la responsabilité, suivant le cas, des infirmiers, dans la limite de la compétence qui leur est reconnue du fait de leur diplôme et de leur formation. Ils participent à l'entretien des locaux du service.

Agents des services hospitaliers

Les agents des services hospitaliers ont vocation à accomplir des tâches d'entretien et d'hygiène dans les locaux des soins. Ils participent aux tâches permettant d'assurer le confort des patients.

Après validation de leurs compétences par le cadre de santé du service, ils peuvent assurer des soins d'hygiène générale aux patients en cas de défaut d'effectif suffisant d'aides-soignants.

Accompagnants Educatifs et Sociaux

Les **accompagnant éducatif et social (AES)** réalisent des interventions sociales au quotidien visant à **accompagner la personne en situation de handicap** ou touchée par un **manque d'autonomie** quelles qu'en soient l'origine ou la nature. Ils prennent en compte les difficultés liées à l'âge, à la maladie ou au mode de vie ou les conséquences d'une situation sociale de vulnérabilité, pour permettre à la personne d'être actrice de son projet de vie.

Il l'accompagne tant dans les actes essentiels de la vie quotidienne que dans les activités de la vie sociale et de loisirs.

6. Etudiants des Ecoles Paramédicales

Les étudiants des écoles paramédicales participent à l'activité hospitalière sous la responsabilité des cadres paramédicaux et des professionnels maîtres de stage.

Ils sont soumis aux règles déontologiques des professions paramédicales lorsqu'ils exercent des fonctions hospitalières dans le cadre de leur formation.

Les étudiants des écoles paramédicales contribuent, dans le cadre de leur stage, à la prise en charge des usagers et à la réalisation des soins qui leur sont confiés, en fonction de leur niveau de formation et des objectifs de stage, et sous le contrôle d'un tuteur de stage.

Ils doivent également se conformer aux règles d'hygiène en vigueur (port de blouse si nécessaire ...), aux marques d'identification du personnel (badge ...) et respecter les règles précisées dans le présent règlement intérieur.

7. Permanence médicale des soins

La permanence médicale des soins a pour objet d'assurer pendant chaque nuit et pendant la journée du dimanche ou des jours fériés, ainsi que le samedi après-midi, la sécurité des malades hospitalisés ou admis d'urgence et la permanence des soins excédant la compétence des auxiliaires médicaux ou des internes. La permanence médicale des soins est organisée sous forme de permanence sur place ou par astreinte à domicile.

a. 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 usagers accueillis 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 patients 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 CME, 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, à disposition sur l'intranet de l'HIHL, 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 doit être signalée au Directeur.

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.

b. Intervention des médecins spécialistes

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 de l'HIHL, pour les unités de court et moyen séjour et à condition que cette intervention concourt à la prise en charge de l'usager dans le cadre de l'objet de son admission à l'HIHL.
L'appel est formulé par le médecin de l'hôpital qui doit en aviser aussitôt la Direction des Moyens et de l'Activité.

8. Visite médicale quotidienne

Une visite médicale a lieu chaque jour dans les unités d'hospitalisation. Elle est assurée par un praticien du service.

Particularité des praticiens en service de médecine

Dans des conditions fixées par voie réglementaire, le Directeur, sur proposition du chef de service, et/ou après avis du Président de la Commission Médicale d'Etablissement, peut admettre des médecins exerçant à titre libéral, à participer à l'exercice des missions de service public ainsi qu'aux activités de soins de l'établissement conformément à la réglementation en vigueur.

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. Ce contrat est approuvé par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

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.

Ces professionnels libéraux doivent être en mesure de pouvoir se rendre à l'hôpital en moins de 15 minutes lors de leurs activités.

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,
- la 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.

ARTICLE 2 de l'ORDONNANCE n°2021-292 du 17 mars 2021
ARTICLE 1 de la LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009



9. Prestations externalisées

L'HIHL ne dispose pas de plateau technique. Aussi, conformément à la réglementation et aux objectifs poursuivis par le GHT du Limousin, il fait appel à des prestataires privés pour la réalisation des actes de biologie médicale et des actes d'imagerie.

La prise en charge de ces actes est assurée par l'HIHL lorsqu'ils sont prescrits dans le cadre de la prise en charge de l'usager et à condition qu'ils découlent directement du motif de leur admission.

Pour les usagers des EHPAD et des USLD, seuls les actes d'imagerie simples sont pris en charge. Les actes d'imagerie lourds sont à la charge des usagers dans le cadre de leur couverture sociale.

10. Coordination des soins dispensés aux patients

L'ensemble des professionnels hospitaliers concourt à la prise en charge des patients. Ils y procèdent, quelle que soit leur catégorie statutaire, en fonction de leur qualification, des responsabilités qui sont les leurs, de la nature des soins qu'ils sont amenés à dispenser et d'une manière générale, de leur devoir d'assistance aux patients et à leurs familles. L'activité des professionnels hospitaliers est organisée de façon coordonnée en tenant compte des besoins des patients, que ces besoins soient ou non exprimés explicitement. Lorsque plusieurs professionnels collaborent à l'examen ou au traitement d'un patient, ils doivent se tenir mutuellement informés.

Chacun des professionnels assume ses responsabilités propres et veille à l'information du patient.

H. L'organisation en spécificité d'activité

1. Les activités

L'HIHL est structuré en quatre directions. Pour chaque Direction, le Directeur se fait assister d'un Directeur adjoint et/ou d'un attaché d'administration.

a. La Direction Générale

Elle est en charge des affaires générales et a la responsabilité des services suivants :

- Service Qualité Vigilance Risques
- Système d'Information Hospitalier
- Service Bureau des Admissions
- Service de l'Information Médicale
- Service des Mandataires Judiciaires à la Protection des Majeurs

b. La Direction des Moyens et de l'Activité

Elle est en charge des affaires financières et des achats et a en sus la responsabilité des services suivants :

- Services techniques
- Services logistiques
- Magasin
- Service restauration
- Service blanchisserie

c. La Direction des Ressources Humaines

Elle est chargée de la gestion du personnel : recrutement, carrière, formation des agents et accueil des stagiaires.

d. La Direction des Soins

Elle coordonne la prise en charge des usagers (au niveau du soin) et a la responsabilité des services suivants :

- Services d'hospitalisation
- Activité de médecine
- Activité de SMR (soins médicaux de réadaptation)
- Service de Consultations de spécialistes
- Services d'hébergement
- USLD (Unité de Soins en Longue Durée)
- EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées)
- Services de prise en charge à domicile : SSIAD, ESA
- Services de rééducation

Le Cadre Supérieur de Santé est affecté par le Directeur à un secteur d'activité et/ou sur site géographique, sur proposition du Coordonnateur Général des Soins. Il gère l'effectif paramédical et les moyens alloués. Il consulte le Directeur des soins ou son représentant pour définir les compétences attendues et l'affectation du ou des Cadres de Santé affecté dans les services.

2. Le Chef de Service

Les chefs de service sont nommés pour une durée de quatre ans, par décision conjointe du Directeur et du Président de la Commission Médicale d'Etablissement (PCME).

Le Chef de Service veille au bon fonctionnement du service et assure la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée.

Il a la responsabilité d'assurer, outre la prise en charge médicale des patients, la mise au point des protocoles médicaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et des soins et, le cas échéant, l'enseignement et la recherche.

Le chef de service est associé à la mise en œuvre de la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés.

Il organise avec le cadre de santé la concertation interne et favorise le dialogue avec l'encadrement et les personnels médicaux et paramédicaux du service.

3. Le Projet de service

Le projet de service définit l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés à l'activité. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.

Le projet de service s'inscrit dans la ligne directrice déployée par le projet d'établissement. Chaque projet de service est la déclinaison opérationnelle des objectifs globaux détaillés dans le projet d'établissement.

4. Le Directeur Adjoint

Afin de faciliter la gestion par directions, l'HIHL est organisé avec des Directeurs adjoints désignés et placés sous la responsabilité hiérarchique du Directeur.

Le Directeur Adjoint a une mission générale de management et de pilotage des activités qui lui ont été déléguées par le Directeur.

A ce titre, le Directeur Adjoint a des missions de conseil et d'expertise, ainsi que des missions stratégiques.

Dans le cadre de ses missions de conseil et d'expertise, il :

- Gère les interfaces entre ses activités déléguées et la Direction générale,
- Porte à la connaissance de ses services délégués, les éléments relatifs aux dispositions législatives et réglementaires s'appliquant aux établissements de santé ;
- Relaye à ses services délégués les axes stratégiques inscrits dans le projet d'établissement ;
- Veille en interne à la bonne maîtrise des moyens délégués ;
- Rappelle aux différents acteurs les engagements de l'établissement dans le cadre de la contractualisation externe ;
- Participe aux comités de Direction
- Participe à la structuration et à l'animation des instances de démocratie interne

Dans le cadre de ses missions stratégiques, il :

- Participe à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet de service
- Veille à la cohérence des projets de services avec les orientations du schéma régional de santé, du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, du projet d'établissement ;

- Propose les modalités de mise en œuvre des projets négociés dans les appels à projet en apportant les ressources et outils méthodologiques en proposant des modalités de suivi et d'évaluation des actions mises en œuvre ;
- Assure avec le Cadre supérieur de santé, l'évaluation et l'analyse de l'activité

5. Les Collaborateurs

a. Le Cadre Administratif

Le Cadre Administratif prépare et met en œuvre la politique d'établissement. Il agit en lien avec les Directeurs adjoints et les cadres supérieurs de santé.

b. Le Cadre Supérieur de santé

Le Cadre supérieur de santé est nommé par le Directeur sur proposition du coordonnateur général des soins. Il a des missions déléguées, et des missions propres.

Missions déléguées :

- Il participe à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des projets de service ;
- Il assure la responsabilité de la gestion des équipes non médicales des secteurs sous sa responsabilité ;
- Il définit la répartition des moyens alloués en fonction de l'activité et veille à optimiser les organisations ainsi que la qualité des soins dispensés aux usagers.

Missions propres :

- Dans le cadre du projet d'établissement, il participe à l'élaboration du projet médico-soignant, le met en œuvre et l'évalue avec l'équipe cadres ;
- Il assure l'animation et le management de l'équipe cadres ;
- Il développe la logique d'établissement au profit de la logique de site et favorise le décloisonnement en cohérence avec les priorités de l'HIHL ;
- Il élabore le plan de formation du personnel non médical, établit les priorités et répartit l'enveloppe formation des équipes soignantes ;
- Il est le relais de la politique de l'HIHL et participe aux activités institutionnelles de l'établissement.

c. Le Pharmacien

Le pharmacien assure une mission d'analyse des activités du service, des ordonnances des unités de patients et conseille le référencement de nouveaux produits si nécessaires.

I. Qualité, vigilances, risques (QVR)

La Politique de Qualité, Sécurité et de Relation avec les usagers relève, de manière conjointe, du Directeur et du Président de la CME. Certaines missions sont attribuées réglementairement à la CME et son Président.

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). :

- Désignation d'un « Responsable Qualité, Vigilances, Risques », désigné pour assurer la coordination des instances sous la responsabilité directe du Directeur.
- Mise en place d'un « Bureau Qualité, Vigilances, Risques » sous la responsabilité du responsable QVR.
- Mise en place d'un « Comité de Pilotage Qualité, Vigilances et Risques », présidé par le Directeur et le Président de la CME.
- Mise en place d'une « Cellule Qualité, Vigilances, Risques », pilotée par le Responsable QVR.

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

1. La démarche 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'Établissement.

Elle se concrétise lors des évaluations prévues par les textes législatifs et réglementaires, tant dans le secteur sanitaire (certification de la HAS) que dans le secteur médico-social (évaluation par un organisme externe labellisé par l'HAS).

2. Les vigilances

Par ailleurs, l'HIHL garantit, au sein de ses structures, la mise en œuvre de l'ensemble des dispositifs de sécurité sanitaire, notamment liés aux vigilances sanitaires définies dans le cadre du Code de la santé publique. En particulier, il organise les processus permettant à tout professionnel hospitalier ayant connaissance d'un effet indésirable grave ou inattendu, d'un incident ou d'un risque d'incident lié à l'utilisation d'un médicament, d'un produit sanguin labile ou d'un dispositif ou équipement médical, d'une infection associée aux soins, d'alerter immédiatement le correspondant local

assurant, au sein de l'établissement, la vigilance sanitaire pour la catégorie de produits concernés.

a. L'identitovigilance

L'identitovigilance est l'ensemble des mesures mises en œuvre pour fiabiliser l'identification de l'utilisateur afin de sécuriser ses données de santé, à toutes les étapes de sa prise en charge. La bonne identification du patient constitue le premier acte d'un processus qui se prolonge tout au long de sa prise en charge par les différents professionnels de santé impliqués, quels que soient la spécialité, le secteur d'activité et les modalités d'accompagnement.

L'HIHL a rédigé une charte d'identitovigilance qui décrit la gestion de l'identitovigilance au sein de l'établissement et s'engage à suivre toutes les évolutions réglementaires.

Le référent identitovigilance est nommé par le Directeur.

Voir Annexe 13 : Charte de gestion de l'identitovigilance

b. La matériovigilance

La matériovigilance a pour objet la surveillance des incidents ou des risques d'incidents résultant de l'utilisation des dispositifs médicaux qui sont définis à l'article L. 5211-1 et relèvent du présent titre en vertu des articles R. 5211-1 à R. 5211-3.

Elle s'exerce sur les dispositifs médicaux après leur mise sur le marché et comporte :

- Le signalement et l'enregistrement des incidents ou des risques d'incidents mentionnés aux articles R. 5212-14 et R. 5212-15 ;
- L'enregistrement, l'évaluation et l'exploitation de ces informations dans un but de prévention ;
- La réalisation de toutes études ou travaux concernant la sécurité d'utilisation des dispositifs médicaux ;
- La réalisation et le suivi des actions correctives décidées.

Le référent matériovigilance est nommé par le Directeur.

ARTICLES R. 5211-1 à R. 5211-3, R. 5211-26, R. 5211-37 et R. 5211-38 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

c. La pharmacovigilance

La pharmacovigilance a pour objet la surveillance des médicaments et la prévention du risque d'effet indésirable résultant de leur utilisation, que ce risque soit potentiel ou avéré. Elle constitue une garantie qui s'exerce tout au long de la vie d'un médicament.

La pharmacovigilance consiste à recueillir des informations utiles à la surveillance des médicaments, y compris des informations sur les effets indésirables présumés, en cas d'utilisation d'un médicament :

- conformément aux termes de son autorisation de mise sur le marché
- lors de toute autre utilisation : surdosage, mésusage, abus de médicaments, erreurs médicamenteuses

Elle repose sur :

- Le signalement des effets indésirables par les professionnels de santé et les industriels
- Le recueil, l'exploitation et l'évaluation de toute information concernant le risque d'effets indésirables
- La réalisation d'études ou de travaux concernant la sécurité d'emploi des médicaments
- La mise en place d'actions nécessaires à l'exercice de la pharmacovigilance.
- La prise de mesures correctives ou préventives

Le référent pharmacovigilance est nommé par le Directeur.

d. L'hémovigilance

Elle vise à surveiller la chaîne transfusionnelle et a pour but de détecter les effets indésirables des produits sanguins labiles et d'en prévenir l'apparition.

e. L'infectiovigilance

Elle consiste à surveiller et à prévenir les infections associées aux soins acquises à l'hôpital, ou infections nosocomiales, pouvant atteindre les usagers mais également les professionnels de santé.

f. La réactovigilance

La réactovigilance a pour objet la surveillance des incidents et risques d'incidents résultant de l'utilisation d'un dispositif médical de diagnostic in vitro.

Elle s'exerce sur les produits de santé après leur mise sur le marché pour permettre aux autorités compétentes de prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé publique. Elle comporte :

- la déclaration de tout incident ou risque d'incident
- l'enregistrement, l'évaluation et l'exploitation de ces informations
- la réalisation de toutes études ou travaux concernant la qualité ou la sécurité d'utilisation des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro
- la réalisation et le suivi des actions correctives décidées.

3. La gestion des risques

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.

Le cœur de l'activité de la gestion des risques est de cerner le contexte et les circonstances dans lesquels le risque apparaît et de comprendre, pour les événements réalisés, ce qui s'est passé par une recherche approfondie des causes.

Le rôle de la gestion des risques est d'instaurer une culture de remise en cause de l'organisation et des pratiques et une culture de signalement des événements indésirables et des situations à risques dans une approche non punitive de l'erreur.

Comprendre les causes profondes des événements qui sont survenus est l'unique moyen d'éviter qu'ils ne se reproduisent. Cela nécessite un engagement des professionnels qui doivent déclarer les événements indésirables, les analyser collectivement, cartographier les risques et rechercher des actions correctrices.

S'appuyant sur une démarche transversale et coordonnée, 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.

La gestion des risques professionnels est abordée dans le chapitre 4 « Dispositions relatives au personnel / ...D - Droits et garanties du personnel/ ...12 – La prévention des risques professionnels... »

L'HIHL dispose d'un dispositif pour assurer la gestion des tensions hospitalières et les situations exceptionnelles. Ce dispositif est sous la responsabilité du Directeur.

Voir Annexe 14 : Charte de confiance sur le recueil et l'exploitation des événements indésirables

a. Le Plan Blanc

Comme tout établissement de santé, l'HIHL est doté d'un dispositif de crise, dénommé plan blanc d'établissement, qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients, ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.

Il peut être déclenché par le Directeur ou son représentant, qui en informe sans délai le représentant de l'Etat dans le département, ou à la demande de ce dernier.

Le Plan Blanc intègre les orientations du schéma ORSAN et recense les moyens des établissements de santé susceptibles d'être mobilisés. Il définit les conditions de leur emploi et prévoit notamment les modalités selon lesquelles le personnel nécessaire peut-être maintenu sur place ou, le cas échéant, rappelé lorsque la situation le justifie.

Les étapes de mobilisation des moyens humains et matériels sont déclinées de façon graduées et sectorielles. Enfin, le plan blanc précise que chaque établissement de

santé doit se doter d'une cellule de crise opérationnelle chargée de gérer l'alerte, ou encore la crise, pilotée par le chef d'établissement ou son représentant.

b. Les plans d'urgence associés au Plan Blanc

Sont associés au Plan Blanc d'autres plans d'urgence tels que le plan grand froid, le plan canicule, le plan de continuité d'activité, le plan de sécurisation de l'établissement, le plan de gestion d'une crise électrique.

DECRET N° 2010-1408 DU 12 NOVEMBRE 2010 COMPLETE PAR LA CIRCULAIRE D'APPLICATION DGOS/PF2 N° 2011-416
DU 18 NOVEMBRE 2011
ARRETE DU 6 AVRIL 2011 COMPLETE DE LA CIRCULAIRE DGOS/PF2 N°2012-72 DU 14 FEVRIER 2012
DECRET N° 2016-1006 DU 25 NOVEMBRE 2016

Chapitre 3 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

A. Modalités d'accueil des usagers

1. L'accueil des usagers

L'HIHL accueille toutes les personnes ayant besoin de soins, sans distinction d'origine, de sexe, de condition sociale et familiale, d'opinions politiques, de religion, sans préjuger de leur handicap.

Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé dans lequel elle souhaite être prise en charge, et le praticien qui la prend en charge. Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont relève le patient, dans les limites imposées par les situations d'urgence, par l'organisation du service, et par les disponibilités en lits de l'établissement.

ARTICLES L.1110-1 à L. 1110-3 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE ;
ARTICLES L. 6112-1 et L. 6112-2 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
ARTICLES R. 1110-1 à D.1114-42 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

2. Le livret d'accueil

Le livret d'accueil est remis à tout usager admis en hospitalisation ou en service d'hébergement au sein de l'HIHL. Il contient tous les renseignements pratiques utiles sur les conditions de séjour et l'organisation de l'hôpital.

Un questionnaire de satisfaction est joint au livret d'accueil.

Ce livret d'accueil est mis à la disposition des consultants externes, sur demande. Il est également disponible sur le site Internet de l'HIHL.

3. La prise en charge au titre de l'activité médicale en EHPAD et USLD

Le choix du médecin traitant reste la règle pour tous les usagers des services d'EHPAD et USLD.

Néanmoins, l'HIHL a fait le choix de désigner des médecins référents de ces services afin d'assurer un médecin traitant à chaque usager. Si l'usager refuse le médecin traitant du service, il devra alors apporter l'accord de prise en charge médicale de son médecin traitant au sein de l'HIHL sous les mêmes conditions que les médecins affectés au service.

B. L'admission des usagers

1. Conditions générales d'admission

L'admission est prononcée par le Directeur ou son représentant sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement.

2. L'admission programmée ou directe

L'admission programmée

Hormis les cas d'urgence reconnus par un médecin ou un interne de garde de l'établissement, l'admission à l'HIHL est programmée et décidée sur présentation d'un certificat d'un médecin traitant ou appartenant au service de consultation de l'établissement, attestant de la nécessité du traitement hospitalier. Ce certificat peut indiquer la discipline dans laquelle doit être admis l'intéressé sans indiquer l'affection qui motive l'admission.

Ce certificat doit être accompagné d'une lettre cachetée du médecin traitant ou du médecin de consultation interne, donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles à ce dernier pour le diagnostic et le traitement. Afin d'organiser sa préadmission, l'usager est invité à se rendre au bureau des admissions de l'HIHL où il lui sera remis un document précisant les conditions de sa prise en charge et les pièces qui lui seront nécessaires le jour de son admission.

L'admission directe

L'HIHL ne dispose pas de service d'urgences. Néanmoins, si l'état d'un patient ou d'un blessé réclame des soins urgents, le Directeur ou son représentant doit prononcer l'admission, même en l'absence de pièces d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'HIHL. Le patient est dirigé sans délai vers un service en mesure de le prendre en charge.

Les renseignements nécessaires à l'établissement de son dossier administratif, s'ils n'ont pu être fournis par un accompagnant, sont recueillis ultérieurement par les agents des bureaux des admissions de l'HIHL.

Lorsqu'un patient admis en urgence refuse de quitter l'hôpital après avoir reçu des soins sans que son état justifie une admission en service d'hospitalisation, il peut être sur décision du Directeur et après avis médical, reconduit à la sortie du site, adressé à un organisme à caractère social, ou hospitalisé à titre exceptionnel pour une durée limitée. Tout patient dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement signe une attestation traduisant expressément ce refus ; à défaut un procès-verbal du refus est dressé.

3. L'admission sur décision du Directeur de l'ARS

En cas de refus d'admettre un patient qui remplit les conditions requises pour être admis et alors que les disponibilités en lits permettent de le recevoir, l'admission peut être prononcée par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

4. Le transfert d'un usager hors HIHL après admission

Lorsqu'un médecin ou un interne 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 l'usager et pour le bon fonctionnement du service hospitalier,

Le Directeur ou son représentant prennent toutes les mesures nécessaires pour que le malade ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis, après que l'usager ait reçu les premiers secours.

En dehors des cas d'urgence, le consentement de l'usager est recueilli avant tout transfert provisoire ou définitif.

5. L'admission d'un usager à l'HIHL suite à un transfert

L'admission à l'HIHL d'un usager transféré d'un autre établissement hospitalier, ne disposant pas des disciplines, techniques ou moyens que l'état de santé de l'usager requiert, est décidée, sauf cas d'urgence, après entente entre le médecin du service ayant originellement en charge l'usager et le médecin de l'établissement dans lequel le transfert est envisagé.

Elle est effectuée au vu d'un certificat médical attestant la nécessité de l'admission de l'usager dans un établissement plus adapté à son état de santé.

L'admission dans ce cadre s'effectue sous réserve des places dont dispose l'HIHL à la date du transfert.

C.Dispositions spécifiques à l'admission de certains patients

1. L'admission du majeur protégé sous tutelle

a. L'admission du majeur protégé sous tutelle hors urgence

L'admission est prononcée à la demande de son tuteur.

Toutefois la personne intéressée est en droit d'être associée à la décision d'une manière adaptée à son discernement. Dès lors, le consentement à l'hospitalisation du majeur protégé doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté, le cas échéant avec l'assistance du tuteur.

Si la personne intéressée n'est pas apte à exprimer sa volonté le tuteur donne son autorisation en tenant compte de la volonté de la personne sous tutelle.

Dans la mesure où son état le lui permet, la personne sous tutelle participe, après avoir été informée par le médecin, à la prise de décision relative à sa santé. Lorsque la tutelle prévoit la protection relative à la personne toute information médicale doit être transmise non seulement à la personne intéressée mais également au tuteur dès l'admission et tout au long du parcours de soins.

b. L'admission du majeur protégé sous tutelle en situation d'urgence

Le médecin peut passer outre l'avis du tuteur (ou en cas d'absence de réponse de celui-ci) pour admettre le majeur protégé en urgence.

Le médecin décidera en conscience de l'opportunité de son intervention après avis éventuel d'un confrère et ceci dans le souci de porter assistance à personne en péril. L'urgence est appréciée par le médecin.

c. Refus de soins du majeur protégé sous tutelle ou de son tuteur

Si ce refus risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur protégé, le médecin délivre les soins indispensables.

ARTICLES L.1111-2 ; L.1111-4 et R.4127-42 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

2. L'admission du majeur protégé sous curatelle ou sauvegarde de justice

a. L'admission du majeur protégé sous curatelle ou sauvegarde de justice hors urgence

L'admission est prononcée à la demande du majeur protégé. En effet, aucune autorisation du curateur ou du mandataire spécial, ni aucune autorisation du juge du contentieux et de la protection ne sont requis.

S'agissant d'une personne sous curatelle, il est toutefois conseillé avec son accord de la recevoir en présence du curateur pour mieux informer le majeur protégé de sa situation et pour éclairer le médecin de la portée du consentement donné par cet usager. Le curateur pourra être destinataire de l'information médicale uniquement avec l'accord de la personne sous curatelle.

b. L'admission du majeur protégé sous curatelle ou sauvegarde de justice en situation d'urgence

Le médecin peut passer outre l'avis du majeur protégé, pour admettre ce dernier en urgence. Le médecin décidera en conscience de l'opportunité de son intervention

après avis éventuel d'un confrère et ceci dans le souci de porter assistance à personne en péril. L'urgence est appréciée par le médecin.

c. Refus de soins du majeur protégé sous curatelle ou sauvegarde de justice

Si ce refus risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur protégé, le médecin délivre les soins indispensables.

ARTICLES L.1111-2 ; L.1111-4 et R.4127-42 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

3. L'admission des militaires

Les militaires sont, hors les cas d'urgence, admis dans l'établissement sur demande de l'autorité militaire compétente. Si le Directeur est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission à l'autorité militaire ou, à défaut, à la gendarmerie.

Dès que l'état de santé de l'hospitalisé le permet, celui-ci est évacué sur l'hôpital des armées le plus proche. Les frais d'hospitalisation sont pris en charge par l'État.

ARTICLE R. 1112-29 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

4. L'admission des bénéficiaires de l'article 115 du Code des pensions militaires, invalidité et victimes de guerre

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

5. L'admission des usagers toxicomanes

Outre les soins de première urgence, l'HIHL n'est pas en mesure de prendre en charge des usagers toxicomanes et de ce fait ces usagers seront systématiquement réorientés vers un établissement spécialisé.

6. L'admission d'une personne malvoyante

L'HIHL veille à accompagner au mieux les patients malvoyants qui bénéficient d'un chien-guide ou d'un autre animal thérapeutique dans le cadre de l'admission.

Si la personne malvoyante est guidée par un chien ou un autre animal thérapeutique, ce dernier peut pénétrer dans les lieux ouverts au public. L'animal ne doit pas s'approcher des patients, ni être introduit dans les salles de consultations ou de soins.

En cas d'hospitalisation, l'animal doit être remis à un proche de l'usager. A défaut, le chien pourra être confié à la garde d'un chenil.

D. La Procédure d'admission

ARTICLES L.1112-1 et suivants ; R. 1110-1 à D.1114-42 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

1. Accueil de l'usager lors de l'admission

L'accueil des usagers et des accompagnants est assuré par du personnel administratif au bureau des admissions ou directement par l'infirmier(ière) du service en cas de fermeture de ce dernier.

Dès son admission, l'usager est invité à désigner une personne à prévenir en cas de besoin.

En cas de défaut d'identité concernant l'usager admis, l'HIHL recherchera toute information auprès des pompiers, des ambulanciers ou de toute personne ayant participé au transport de l'usager jusqu'à l'établissement.

2. Pièces à fournir lors de l'admission

a. Cadre général des pièces à fournir pour le dossier d'admission

Quel que soit le mode d'admission de l'usager, l'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité de l'usager et aux conditions de prise en charge de son admission.

Lors de leur admission, il est demandé aux usagers de produire une pièce d'identité et un justificatif de domicile. En outre, les bénéficiaires d'une couverture sociale doivent fournir tous les documents nécessaires à l'obtention par l'établissement de la prise en charge des frais d'hospitalisation par l'organisme de sécurité sociale dont ils relèvent et ceux de leur éventuelle mutuelle complémentaire.

Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle et de la couverture santé solidaire doivent être munis de l'attestation idoine.

Les bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat doivent être munis de leur attestation AME en cours de validité. Les bénéficiaires de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre doivent laisser leur carnet de soins gratuits à la disposition de l'administration de l'établissement pendant la durée de leur hospitalisation.

b. Cas particulier du dossier d'admission d'un usager sans organisme social

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

Dans l'hypothèse où la somme versée serait supérieure au montant dû à l'issue de la prise en charge, la différence fera l'objet d'un remboursement à l'usager.

L'assistant social peut être sollicité pour toute démarche visant à régulariser un défaut de couverture maladie. Il assiste l'utilisateur pour toutes démarches administratives, sociales et/ou matérielles liées à son admission.

3. Admission sous identité protégée

Si l'utilisateur le souhaite, il peut demander au bureau des admissions et aux professionnels de santé du service où il est admis, que son identité et / ou sa présence ne soit pas révélée pendant son séjour dans l'établissement vis à vis des tiers. Il est alors admis sous identité protégée. Ceci implique de ne pas indiquer les coordonnées relatives à la localisation de l'utilisateur dans une chambre de l'hôpital. Cette disposition ne fait toutefois pas obstacle à l'obligation de signalement sur réquisition des services judiciaires.

Dans cette hypothèse, le dossier d'admission de l'utilisateur est normalement constitué mais une mention relative à cette demande est inscrite dans celui-ci.

E. Le choix du régime d'hospitalisation

1. Les régimes d'hospitalisation

Les utilisateurs ont le choix de leur régime d'hospitalisation. Le régime dérogatoire au droit commun est le régime particulier.

Chaque utilisateur a la possibilité soit d'être admis en régime commun, soit de demander à être admis en régime particulier ce qui peut lui permettre de bénéficier d'une chambre particulière. Le choix pour le régime d'hospitalisation doit être formulé par écrit dès l'admission, par l'utilisateur lui-même ou son accompagnant, dès lors qu'il aura pris connaissance des conditions particulières qu'implique ce choix.

Il peut être fait obstacle à l'application du régime particulier par l'HIHL en l'absence de lits suffisants disponibles.

a. Le régime commun

L'utilisateur est par défaut admis en régime commun.

b. Le régime particulier

L'utilisateur a la possibilité d'être admis en régime particulier pour bénéficier d'une chambre seule. Le choix du régime particulier entraîne un supplément au prix de journée. Ce supplément de prix n'est pas dû lorsque l'isolement de l'utilisateur en chambre à un lit est requis par son état de santé.

L'utilisateur bénéficiant d'une chambre particulière (régime particulier), doit au moment de son admission, signer un engagement de payer les frais qui y sont liés.

ARTICLES R. 1112-18 à 112-23 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

2. Les régimes de consultations et de soins externes

Les usagers peuvent recevoir des soins en consultations externes publiques. Des consultations externes peuvent être également effectuées dans le cadre de l'activité libérale pratiquée par certains praticiens.

Un tableau général des consultations externes pratiquées est arrêté chaque année par la CME. Les tarifs des consultations sont affichés à la vue du public.

Par convention conclue entre l'HIHL et les organismes d'assurance maladie, l'HIHL est dispensé de la rédaction de feuilles d'assurance maladie.

ARTICLES L. 6154-5 ; R. 6154-1 à R. 6154-10-4 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

F. Les frais de séjour

Une décision du Directeur fixe a minima une fois par an tous les tarifs applicables au sein de l'HIHL. Elle est affichée dans les bureaux des admissions et disponible sur le site Internet de L'HIHL.

1. Hospitalisation

Toute journée d'hospitalisation est facturable. Elle doit être payée à l'HIHL par l'usager ou par un tiers payeur.

Lors de l'admission, si les frais de séjour ne peuvent être pris en charge par un organisme tiers, un engagement de payer doit être signé, avec versement immédiat et renouvelable, sauf dans les cas d'urgence médicalement constatée, d'une provision calculée notamment, sur la base de la durée estimée du séjour.

Sauf cas d'urgence, les usagers non assurés sociaux 100% payants dont les malades étrangers non-résidents, sont tenus au dépôt préalable et intégral de cette provision à défaut d'un document attestant d'une prise en charge par leur pays d'origine. Cette attestation doit être acceptée par l'HIHL avant la prise en charge de l'usager.

En cas de non-paiement des frais de séjour, la trésorerie des hôpitaux de la Haute-Vienne exerce des poursuites contre les usagers, contre leurs débiteurs ou contre les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

2. Tarifs des consultations externes publiques

c. Consultations Publiques

Les tarifs des consultations et actes pratiqués à titre externe à l'hôpital correspondent aux tarifs publics fixés par conventions entre l'assurance maladie et les professionnels de santé, sur la base des nomenclatures en vigueur. Les tarifs des actes non prévus par ces nomenclatures sont fixés par le Directeur de l'HIHL.

Tout usager ne pouvant justifier de l'ouverture de droits à la Sécurité Sociale ou à un autre organisme de prévoyance, doit s'acquitter de l'intégralité du tarif des soins externes auprès de l'hôpital. Lorsqu'il bénéficie d'un "tiers payant" pour la part sécurité sociale, l'usager acquitte uniquement le ticket modérateur.

Il peut être exonéré totalement du paiement de ce ticket modérateur en fonction de sa situation personnelle ou si celui-ci est pris en charge par un organisme tiers ayant passé une convention à cet effet avec l'HIHL.

Les usagers devant s'acquitter de l'intégralité des frais de soins externes ou du paiement du seul ticket modérateur devront régler les sommes dues à réception de l'avis de sommes à payer.

Le service social de l'hôpital assiste les personnes démunies pour leur faciliter l'accès aux consultations notamment pour l'obtention d'une couverture sociale.

d. Consultations Privées

Les tarifs des consultations et actes pratiqués à l'hôpital par un professionnel libéral sont fixés par ce même professionnel et doivent être acquittés le jour de la consultation au praticien directement.

Une télétransmission aux caisses de sécurité sociale et organisme complémentaire ou une feuille de soins ou une facture peut être remise pour permettre un remboursement selon les droits.

3. Supplément pour chambre particulière

Les usagers qui demandent à être admis en chambre particulière doivent acquitter un supplément dont le montant est actualisé chaque année sur décision du Directeur. Ces chambres particulières ne peuvent être attribuées qu'après avoir pris en considération les priorités médicales au sein du service.

4. Prestations fournies aux accompagnants

Les frais d'hébergement et de repas engagés par l'hôpital pour les personnes accompagnant les usagers sont facturables sur la base d'un tarif forfaitaire fixé annuellement par le Directeur.

La mise à disposition d'un lit d'accompagnant ne donne néanmoins pas lieu à facturation pour les personnes assistant un usager en fin de vie.

G. Les conditions de séjour

ARTICLES R. 1112-40 à R.1112-55 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

1. Règles Générales

La vie hospitalière implique le respect des règles essentielles de la vie en collectivité.

Les usagers doivent notamment veiller à ne pas gêner, par leurs comportements ou leurs propos, les autres usagers ou le fonctionnement du service. Ils doivent observer strictement les règles d'hygiène. Ils doivent être vêtus de façon décente au cours de leurs déplacements dans l'enceinte de l'HIHL. Ils doivent respecter le bon état des locaux et objets qui sont à leur disposition.

Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion de l'utilisateur. En cas de faits graves et caractérisés, l'HIHL se réserve le droit d'engager, en lien avec le Parquet des poursuites judiciaires au plan pénal.

Les usagers peuvent se déplacer librement dans l'enceinte hospitalière, selon des modalités convenues avec les responsables de l'unité d'accueil, ceci dès lors que leur état de santé le permet et qu'ils n'entravent pas le bon fonctionnement du service.

Le séjour est organisé selon des horaires qui tiennent compte des besoins individuels des usagers. Ils doivent s'abstenir de tout déplacement dans la nuit hors du service. Cet horaire peut être adapté aux impératifs de chaque service.

2. Respect de la personne et de son intimité

Les activités de diagnostic, de prévention et de soins s'exercent dans le respect des droits des usagers affirmés par le Code de la santé publique. Ces droits comportent notamment le droit à la protection de la santé, le respect de la dignité, la non-discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins, le respect de la vie privée, y compris le droit au secret et à la protection de l'image et le droit à des soins appropriés.

Le respect de l'intimité de l'utilisateur doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré et postopératoires, des brancardages et, d'une manière générale, à tout moment de son séjour.

L'examen d'un usager dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des usagers. Les personnels et les visiteurs extérieurs doivent frapper avant d'entrer dans la chambre de l'utilisateur et n'y pénétrer, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par l'intéressé. Le tutoiement et toute forme de familiarité avec les usagers sont proscrits, sauf en cas d'accord explicite de ces derniers.

L'HIHL prend les mesures qui assurent la tranquillité des usagers et réduisent les nuisances liées notamment au bruit et à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil.

3. Dépôts des sommes d'argent, titres et objet de valeur

Toute personne admise à l'HIHL est informée, oralement et par écrit, dès son admission, de la possibilité de déposer certains de ses objets et valeurs pendant son séjour. L'usager est toutefois invité à n'apporter au sein de l'établissement que les objets strictement utiles à son séjour. Le dépôt ne peut avoir pour objet que des choses mobilières dont la nature justifie la détention par la personne admise ou hébergée durant son séjour dans l'établissement. Il ne peut être effectué par les personnes accueillies en consultation externe.

Tout usager voulant déposer un objet dont la détention durant le séjour n'est pas justifiée peut se voir opposer un refus.

L'usager est informé verbalement ainsi que par le Livret d'accueil des règles applicables dans les établissements de santé en matière de responsabilité en cas de vol, perte ou détérioration d'un bien lui appartenant, selon qu'il a été ou non déposé, conformément à la réglementation et lui remet une fiche d'information.

Un inventaire des biens déposés est requis pour tout usager souhaitant déposer. Il doit être réalisé contradictoirement :

- Les valeurs (sommes d'argents, titres et valeurs, moyens de règlement, objets de valeurs) sont déposées à la régie.
- Les « autres objets » sont conservés par l'usager sous sa responsabilité.

Pour les personnes dans l'incapacité de procéder aux formalités de dépôts, un personnel du service où l'usager est accueilli accompagné de son cadre de santé fait le dépôt à la régie de l'établissement en son nom.

Un inventaire contradictoire de l'ensemble des objets détenus par ces usagers doit être dressé par deux membres de l'équipe soignante. Ils signeront la fiche d'inventaire et déclineront d'une manière manuscrite et lisible leur identité. Mention doit être portée dans le dossier de soins.

Ultérieurement, dès que leur état le permet, ces usagers sont invités à retirer les biens qui ne peuvent rester déposés en régie en raison de leur nature.

L'HIHL est responsable de plein droit s'il y a vol, perte ou détérioration des biens déposés. Il n'est pas responsable lorsque la perte ou la détérioration de la chose résulte de la nature ou d'un vice de la chose ou lorsque le dommage était nécessaire à la réalisation d'un acte médical ou d'un acte de soins.

ARTICLES R. 1113-1 à 1111-6 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

4. Biens conservés par l'usager

L'usager est libre de refuser le dépôt de ses biens.

Ce refus doit être tracé de façon contradictoire par écrit sur la fiche d'inventaire mentionné dans son dossier. L'HIHL n'est pas responsable du vol, de la perte, ou de la détérioration des biens conservés par l'usager. Ils restent sous sa seule responsabilité.

À titre exceptionnel, le Directeur ou son représentant peut autoriser de façon expresse l'usager à conserver un ou plusieurs objets sur lui. Il ne peut, en tout état de cause, concerner ni des sommes d'argent, des titres ou des valeurs mobilières, ni des moyens de règlement ou des objets de valeur.

ARTICLE R. 1113.3 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

5. Restitution des sommes d'argent, titres et objet de valeur

Lorsque la procédure de dépôt a été engagée, les sommes d'argent ou objets de valeur sont restitués à l'usager, à la fin de son séjour ou au cours du séjour (sachant que les retraits partiels de sommes d'argent sont proscrits), sur présentation du reçu délivré lors du dépôt et d'une pièce d'identité. Mention de la remise est portée sur la fiche d'inventaire.

Le retrait auprès du Comptable ou régisseur peut être effectué par l'usager lui-même, par son représentant légal, par un tiers mandaté par l'usager ou par ses héritiers ou légataires ou ayants droit en cas de décès. Par ailleurs, pour se voir reconnaître la qualité d'héritier, les ayants droit devront détenir un certificat d'hérédité délivré en mairie (succession simple) ou acte notarié établi par un notaire (succession complexe) ; livret de famille attestant la filiation directe avec la personne décédée ; ou encore une fiche d'état civil attestant la filiation directe avec la personne décédée.

Lorsqu'il existe un certain nombre d'héritiers, l'un d'eux peut se porter fort pour l'ensemble, en prenant l'engagement d'utiliser l'attestation qui lui est délivrée par les autres héritiers pour effectuer l'ensemble des démarches en leur nom et dans le respect de leurs droits.

Dans le cas exceptionnel où l'usager ne pourrait se déplacer le régisseur se déplacera dans sa chambre pour lui restituer le dépôt. Cette procédure doit demeurer exceptionnelle.

Dépôts non retirés dans un délai d'un mois, les valeurs seront déposées à la Trésorerie des Hôpitaux de la Haute-Vienne – 2 avenue Martin Luther King 87042 LIMOGES Cedex. Les conditions de retrait restent identiques à celles décrites ci-dessus.

ARTICLES R. 1113-7 à R.1113-9 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

6. Les repas

Les repas sont servis soit individuellement, au lit de l'usager, soit collectivement, dans les locaux spécialement affectés à cet usage.

Dans la mesure du possible, une substitution du plat prévu est proposée en cas d'aversion.

Un repas peut être servi aux visiteurs, à leur demande et moyennant paiement. Dans ce cas, la facturation est établie sur la base d'un tarif forfaitaire fixé chaque année par l'HIHL, en fonction du coût réel des prestations fournies.

7. La pratique religieuse

Les usagers doivent pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de leur religion. Ce droit s'exerce dans le respect de la liberté des autres usagers, du respect de la neutralité du service public, de son bon fonctionnement et des impératifs liés à la sécurité, à la santé et à l'hygiène.

Les usagers doivent s'abstenir de toute forme de prosélytisme. Une pratique religieuse ne saurait perturber la dispensation des soins, compromettre les exigences sanitaires, ni créer de désordres.

Des ministres des différents cultes, recrutés ou autorisés par le Directeur de l'HIHL en fonction des besoins exprimés ou recensés par l'établissement et sur proposition des autorités cultuelles clairement identifiées, sont à la disposition des usagers sur simple demande de leur part. Des locaux sont dédiés à ces pratiques.

ARTICLES R. 1112-46 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

8. Droits civiques

En application des dispositions du Code électoral, les usagers qui sont hospitalisés ou hébergés et qui, en raison de leur état de santé ou de leur condition physique, sont dans l'impossibilité de se déplacer le jour d'un scrutin, peuvent exercer au sein de l'HIHL leur droit de vote par procuration. Une demande doit être effectuée à cet effet, pour chaque procuration demandée, auprès d'un officier de gendarmerie ou de son délégué dûment habilité.

Par ailleurs, un usager peut, en cas de risque de décès imminent, demander que son mariage soit célébré dans l'enceinte de l'HIHL, en présence d'un officier de l'état civil désigné par le procureur de la République.

ARTICLE 75 du CODE CIVIL

9. Les autorisations de sortie des personnes hospitalisées

Les personnes hospitalisées peuvent, en fonction de leur état de santé, de la longueur de leur séjour et sans préjudice de leur liberté d'aller et venir, bénéficier d'autorisations de sortie d'une durée maximale, sauf cas exceptionnel, de 48 heures, à laquelle sont rajoutés les délais de route. Les frais de transports sont à la charge de l'usager.

Ces autorisations sont données par le Directeur, sur avis favorable du médecin responsable de la structure médicale concernée. Les horaires de départ et de retour et, le cas échéant, l'identité de l'accompagnant, doivent être notés au sein de l'unité de soins.

Lorsqu'un patient qui a été autorisé à quitter l'HIHL ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, l'HIHL le porte « sortant », sauf cas de force majeure, et il ne peut être admis à nouveau que dans la limite des places disponibles.

10. Téléphonie, informatique et téléviseurs

a. Téléphonie et informatique

Des appareils téléphoniques sont mis à disposition dans les chambres des usagers permettant la réception des communications téléphoniques.

L'émission de communications téléphoniques est soumise à une ouverture de ligne auprès du bureau des admissions et à une facturation dont le tarif est défini annuellement par le Directeur. Cette décision est affichée dans les bureaux des admissions.

L'utilisation des téléphones portables est autorisée mais doit rester discrète pour ne pas déranger la prise en charge des usagers.

La responsabilité de l'HIHL ne peut pas être engagée lorsque les usagers conservent personnellement leur téléphone ou ordinateur portable et tout autre matériel électronique ou informatique sauf en cas de faute de l'établissement ou de ses préposés.

Accès Internet

La conservation des « données de trafic » (informations techniques générées par l'utilisation des réseaux de communication) liée à l'usage de l'accès Internet de l'HIHL sont conservées dans le respect de la réglementation en vigueur.

Fourniture de l'accès Internet aux usagers

Les services de l'HIHL sont équipés d'accès internet. La fourniture de l'accès Internet est réalisée dans le respect de la réglementation en vigueur et doit être demandée au bureau des admissions.

Téléviseurs

L'HIHL met à la disposition des patients hospitalisés des téléviseurs. Cette mise à disposition se fait à titre onéreux. Les patients hospitalisés désirant regarder la télévision dans leur chambre doivent en faire la demande auprès du bureau des admissions. Les frais de location du poste de télévision leur sont facturables selon un tarif fixé annuellement par le Directeur.

Le personnel hospitalier veille à ce qu'en aucun cas l'usage des récepteurs radio, de télévision ou autres appareils sonores ne gêne le repos des autres usagers.

En secteur d'hébergement (EHPAD et USLD), les usagers sont autorisés à amener leur propre téléviseur. Il pourra être installé après validation des normes de l'appareil auprès des services techniques. Dans ce cas, le service est gratuit pour l'utilisateur.

ARTICLES R. 1112-54 à R.1112-55 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

11. Accompagnants privés

L'autorisation de disposer d'un accompagnant privé doit être demandée par écrit par l'utilisateur ou sa famille. Elle est subordonnée à l'accord conjoint du médecin responsable de l'unité de soins et du Directeur de l'HIHL (ou son représentant), Cette décision est révisable à tout moment du séjour de l'utilisateur.

La personne autorisée à se tenir en permanence auprès de l'utilisateur ne doit effectuer aucun soin médical ou paramédical. Les frais éventuels occasionnés par cette garde ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale. Cette précision doit être donnée au demandeur avant toute autorisation.

12. Les visites

Horaires des visites

Par principe, les visites aux usagers sont autorisées tous les jours.

Des horaires de visite sont déterminés par les chefs de service suivant les contraintes du service. Ces horaires peuvent varier d'un service à l'autre.

Le nombre maximum de visiteurs admis dans une chambre peut également varier d'une chambre à une autre pour des raisons médicales, d'hygiène ou d'épidémiologie.

Des dérogations aux horaires peuvent être autorisées à titre exceptionnel, avec l'accord du chef de service, lorsqu'elles ne troublent pas le fonctionnement du service.

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

Un repas payant peut être servi aux personnes rendant visite aux usagers lorsqu'ils sont dans l'impossibilité de prendre leur repas à l'extérieur et sous réserve des moyens d'accueil du service. Cette prestation doit être commandée au service restauration.

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

Le droit et les horaires des visites peuvent être restreint par le chef de service, ou par le Directeur ou son représentant :

- pour des motifs liés à l'état de santé des usagers ;
- pour les usagers placés sous surveillance de la police ;

- pour des motifs liés à la situation sanitaire (crise sanitaire, plan blanc, plan relatif à la prise en charge des situations sanitaires exceptionnelles...)

ARTICLES R. 1112-47 à R.1112-48 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

13. Règles et recommandations aux visiteurs / usagers

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des usagers, ni gêner le fonctionnement des unités de soins et plus généralement de l'HIHL. Ils peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des usagers pendant l'exécution des soins et examens pratiqués sur les usagers. Les usagers peuvent demander à l'HIHL de ne pas permettre les visites aux personnes qu'ils désignent.

Les visiteurs doivent garder une tenue correcte, éviter de provoquer tout bruit intempestif, notamment par leur conversation ou en faisant fonctionner des appareils sonores. Ils doivent respecter strictement l'interdiction de fumer et de vapoter. Des lieux spécifiques destinés aux fumeurs sont définis à l'extérieur de l'établissement et il est demandé de les respecter : l'HIHL s'est inscrit dans un lieu de santé sans tabac.

Il est interdit aux visiteurs d'introduire, dans les chambres des usagers, des médicaments, sauf accord exprès du médecin en charge de l'usager, et, dans tous les cas, des boissons alcoolisées ou des produits toxiques, de quelque nature qu'ils soient. Les visiteurs doivent s'abstenir de remettre aux usagers des denrées ou des boissons, même non alcoolisées, incompatibles avec leur régime alimentaire. Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, le personnel hospitalier peut interrompre immédiatement la visite et le Directeur ou son représentant peut décider l'expulsion du visiteur.

ARTICLES R. 1112-47 et R. 1112-48 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

14. Les animaux

Les animaux ne peuvent être introduits dans l'enceinte de l'HIHL.

Des dérogations exceptionnelles pourront être accordées au cas par cas, (par exemple les chiens d'accompagnement pour personnes aveugles ou en situation de handicap) – se reporter à l'article de ce règlement intérieur « admission des personnes malvoyantes et malentendantes ».

ARTICLE R. 1112-48 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

15. Interdiction des pourboires

Aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les usagers ou leur famille à titre de gratification. Le dépôt de sommes d'argent ne peut se faire que dans

les conditions prévues à l'article relatif aux dépôts des sommes d'argent et valeurs du présent règlement intérieur.

16. Visite des officiers ministériels (dont notaires)

Il s'agit en particulier de l'intervention des notaires dans l'établissement qui n'ont pas à solliciter l'autorisation de l'administration hospitalière pour se rendre auprès des usagers malades qui les ont sollicités. Ils peuvent à cette occasion demander au médecin en charge de l'usager, un certificat médical en vue d'établir la preuve de la capacité mentale des usagers pour accomplir tout acte notarié ; dans ce cas, seul le médecin est à même de juger de l'opportunité de fournir un tel certificat.

L'appel à des agents hospitaliers en qualité de témoins nécessite l'information préalable du Directeur ou son représentant et ne peut être utilisé qu'à titre exceptionnel et ayant un caractère d'urgence.

L'intervention des officiers ministériels demeure cependant conditionnée aux impératifs de bon fonctionnement du service public hospitalier, et ceux-ci sont tenus de se conformer aux directives du Directeur ou de son représentant, et du Chef de service de l'unité durant leur passage au sein de l'HIHL.

17. Effets personnels des usagers

Les usagers doivent prévoir pour leur séjour au sein de l'HIHL du linge personnel et un nécessaire de toilette. Le linge personnel doit être compatible avec les nécessités du traitement de l'usager. Sauf dans les unités d'USLD et d'EHPAD, son entretien n'incombe pas à l'HIHL et sa conservation obéit aux règles de responsabilité définies par le Code de la santé publique.

L'entretien du linge par l'HIHL concerne le linge non délicat et n'est pas obligatoire. La prestation de repassage n'est pas incluse.

En cas de nécessité, l'HIHL met à la disposition des usagers, pour la durée de leur hospitalisation, des vêtements appropriés.

18. Le courrier

La distribution des lettres ordinaires est faite par l'intermédiaire des agents du bureau des admissions et est organisée au sein de chaque unité de soins.

Les mandats, lettres ou paquets recommandés sont remis personnellement par le facteur à leurs destinataires s'ils jouissent de la plénitude de leurs facultés mentales ; à défaut, ils sont remis en dépôt à la direction ou au mandataire judiciaire à la protection des majeurs notamment si l'usager ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales.

Les usagers peuvent déposer au bureau des admissions des courriers ou colis affranchis. Aucune vente afférente au courrier n'est disponible au sein de l'établissement.

ARTICLE R. 1112-53 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

H. La sortie de l'usager

ARTICLES R. 1112-56 à D. 1112-67-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

1. Compétence du Directeur

Lorsque l'état de l'usager ne requiert plus son maintien dans l'une des unités de soins de l'HIHL, sa sortie est prononcée par le Directeur ou son représentant, sur proposition du médecin responsable de la structure médicale concernée.

Le cas échéant, sur proposition médicale et en accord avec l'usager et sa famille, il prend toutes dispositions en vue du transfert immédiat de l'usager dans un établissement de soins de suite ou de réadaptation ou d'hébergement adapté à son cas.

L'usager doit être préalablement informé du coût et des modalités de prise en charge financière d'un tel transfert.

En cas de refus de quitter l'établissement d'un usager malgré un avis favorable du médecin responsable du service, le Directeur préviendra les autorités compétentes du fait que le séjour n'est plus justifié. La facturation de la journée d'hospitalisation sera alors à la charge de l'usager.

Pour les conditions de transfert, se reporter à l'article du présent règlement « transfert d'un usager ».

2. Modalités de sortie

La sortie donne lieu à la remise à l'usager d'un bulletin de sortie indiquant les dates de l'hospitalisation. Ce bulletin ne doit porter aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical relatifs à la maladie qui a motivé l'hospitalisation. Tout usager sortant doit recevoir les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation des soins et des traitements requis ainsi qu'à la justification de ses droits. En cas de nécessité médicale, une prescription de transport sanitaire, par ambulance ou par tout autre transport sanitaire, peut être établie, lors de la sortie, par un médecin hospitalier. Cette prescription peut selon la réglementation en vigueur permettre la prise en charge du transport par un organisme de protection sociale.

Dans le cas où le coût du transport est à la charge de l'usager, celui-ci dispose du libre choix de l'entreprise qui assure le transport. L'HIHL tient à la disposition des usagers la liste complète des entreprises de transport en ambulance agréées du département.

Le praticien qui a adressé l'usager à l'HIHL en vue de son hospitalisation et le médecin traitant sont destinataires, à la sortie de l'usager, d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins, rédigée par le médecin de l'HIHL en charge de l'usager qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises.

La lettre de liaison est remise, au moment de sa sortie, à l'usager ou, avec son accord à la personne de confiance. Les lettres de liaison peuvent être dématérialisées. Elles sont alors déposées dans le dossier médical partagé de l'usager et envoyées par messagerie sécurisée au praticien qui a adressé l'usager en vue de son hospitalisation et au médecin traitant.

Tout usager reçoit, lors de son admission, un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations ; il peut déposer ce questionnaire auprès de l'administration de l'HIHL sous pli cacheté et, s'il le désire, sous une forme anonyme. Ces questionnaires sont conservés et peuvent être consultés par les autorités sanitaires.

3. La sortie contre avis médical

Les usagers peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'HIHL.

Par exception, cet article n'est pas applicable aux usagers suivants :

- Les usagers admis en soins sans consentement,
- Les usagers sous mesure de protection judiciaire (tutelle, curatelle ...),
- Les usagers gardés à vue ou faisant l'objet d'une audition judiciaire,

Toutefois, si le praticien hospitalier responsable de la structure médicale concernée estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, cette sortie est effectuée dans le respect des procédures prévues à l'article du présent règlement « Refus de Soins », l'usager doit alors signer une décharge consignait sa volonté de sortir contre avis médical et sa connaissance des risques éventuels ainsi encourus. En cas de refus de signer cette décharge, un procès-verbal est établi et signé par deux témoins ; il atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants.

ARTICLE R. 1112-62 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

4. La sortie à l'insu de l'unité de soins (fugue)

La fugue s'entend pour les usagers qui soit ne reviennent pas à l'issue d'une permission de sortie, soit qui ont quitté l'établissement à l'insu du service.

Au cas où un usager quitte l'HIHL sans prévenir, des recherches sont entreprises pour le retrouver au sein de l'unité de soins, de l'HIHL et de ses abords immédiats.

Si les recherches sont restées vaines et si la situation l'exige (usager en danger ou présentant un danger pour l'ordre public ou la sécurité des personnes), le Directeur de l'HIHL ou son représentant dûment habilité doit prévenir la gendarmerie. Il doit également informer sans délai la famille ou le représentant légal de l'usager.

Dans tous les cas, un courrier est adressé à l'usager à son domicile (ou à son représentant légal) afin de l'informer des dangers résultant de sa sortie. Une lettre indiquant son état de santé, les soins proposés et les risques encourus est également adressée à son médecin traitant. Une copie de ces lettres est conservée dans le dossier médical de l'usager.

La sortie de l'usager est prononcée le jour où il a quitté l'HIHL, à minuit.

5. La sortie par mesure disciplinaire

La sortie d'un usager dûment averti peut, hors les cas où son état de santé l'interdirait, être prononcée par le Directeur ou son représentant, après avis médical, par mesure disciplinaire fondée sur le constat de désordres persistants dont il est la cause ou, plus généralement, d'un manquement grave aux dispositions du présent règlement intérieur.

Pour les mêmes motifs et suivant les mêmes procédures, le Directeur peut également organiser le transfert des usagers dans une autre service. Dans ces circonstances, une proposition alternative de soins est au préalable faite à l'usager, afin d'assurer la continuité des soins.

ARTICLE R. 1112-65 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

I. Dispositions particulières relatives aux unités d'hébergement : USLD et EHPAD

L'ensemble des dispositions relatives aux usagers sont également applicables aux usagers admis dans les unités d'USLD et d'EHPAD mais les besoins particuliers de ces usagers rendent nécessaire de préciser ou d'adapter certaines des dispositions relatives à leur séjour.

ARTICLE L. 6111-4 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

1. Libre choix de la personne

La personne en perte d'autonomie garde la liberté de choisir son mode de vie et l'établissement dans lequel elle séjourne. L'admission doit être préparée en liaison avec l'intéressé et sa famille et recevoir son accord.

Préalablement à son admission, l'usager doit être, ainsi que sa famille ou la personne de confiance, pleinement éclairé sur les modes de fonctionnement de l'établissement et l'organisation des soins et notamment sur :

- Les conditions de séjour, s'agissant du confort hôtelier, de la prise en charge des soins et de la dépendance ;
- Les montants des frais relatifs au séjour, aux soins, à la dépendance et à l'hébergement, ainsi que les modalités de leur prise en charge par les organismes de protection sociale et les collectivités départementale.

2. Modalités de l'admission et d'accueil d'un usager en USLD/EHPAD

L'HIHL remet à chaque personne prise en charge ou à son représentant légal, lors de son admission, un contrat de séjour, un règlement de fonctionnement et un livret d'accueil auquel est annexée la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante.

Le contrat de séjour a pour objet de déterminer les objectifs, la nature de la prise en charge du résident et de fixer les prestations offertes ainsi que leurs coûts.

L'accueil de l'usager est organisé de telle façon que son installation s'effectue dans de bonnes conditions. L'HIHL veille à ce que l'usager reçoive lors de son séjour toute l'aide qui lui est nécessaire pour tout ce qui touche à sa santé, son confort et sa vie quotidienne.

3. Frais de séjour

L'établissement est soumis aux règles du Code de l'action sociale et des familles relatives aux USLD et EHPAD rattachés à un établissement public de santé et à celles de la comptabilité publique hospitalière.

Il est habilité à recevoir des résidents admis à l'aide sociale pour lesquels les tarifs afférents à l'hébergement sont arrêtés par le Président du Conseil Départemental. Concernant les résidents non admis à l'aide sociale, les tarifs sont arrêtés par le Directeur de l'HIHL.

Les usagers et/ou leurs familles et/ou la personne de confiance sont informés préalablement à l'admission des conditions financières d'hébergement. Le contrat de séjour décrit les conditions financières d'hébergement pour un usager hébergé en EHPAD et en USLD.

4. Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP)

La dignité, l'intimité et la vie privée de l'usager doivent être strictement respectées.

L'établissement met en œuvre un projet de soins et un projet d'accompagnement personnalisé.

L'élaboration du projet de soins organise le fonctionnement en équipe prenant en compte les besoins individuels de l'usager et, notamment la prise en charge de la dépendance. Ce projet doit rechercher le maintien ou l'amélioration du niveau d'autonomie durant le séjour et favoriser les liens de l'usager avec ses proches et son environnement.

Un projet d'accompagnement personnalisé (PAP) définissant les objectifs et les prestations adaptés à la personne hébergée sera coconstruit avec la personne hébergée et/ou son représentant légal. Il sera établi dans les six mois suivant la signature d'un avenant au présent contrat et sera actualisé chaque année.

Le respect de la vie personnelle des usagers et de leur vie sociale au sein de l'établissement est un élément essentiel dans leur prise en charge. Toutes les initiatives tenant à l'animation et à l'amélioration du cadre de vie doivent être favorisées, qu'elles émanent des usagers, des familles, des personnels ou de personnes bénévoles extérieures à l'HIHL. Il en va de même pour les propositions tendant à faciliter l'exercice de leur liberté d'aller et venir. Ces initiatives sont coordonnées par l'établissement et s'articulent avec le projet de soins.

5. Relations avec les familles

La coopération des familles à la qualité de la vie au sein de l'établissement doit être encouragée et facilitée. Chaque fois que les conditions le permettent, les proches peuvent être invités par l'équipe soignante à participer activement au soutien de l'usager : présence la nuit (après une intervention chirurgicale ou en fin de vie), présence pendant les repas, permission de sortie.

6. Domicile de l'usager en USLD/EHPAD

La chambre des usagers est considérée comme leur domicile. Les usagers sont tenus de souscrire une police d'assurance garantissant leur responsabilité civile. Une copie du contrat est remise à l'établissement. Le résident peut apporter des petits éléments de mobilier dans les limites de l'espace restant à sa disposition dans la chambre et des nécessités de service.

J. Dispositions relatives aux décès

ARTICLES R. 1112-68 à R. 11121-76-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
ARTICLES R. 2213-2 A R. 2213-43 DU CODE GENERAL DES COLLECTIVITES TERRITORIALES

Voir Annexe 15 : Formalités en cas de décès à destination des familles

1. Attitude à suivre à l'approche du décès

Lorsque l'état de l'usager s'est aggravé et que le décès paraît imminent, la famille ou les proches de l'usager doivent être prévenus sans délai.

L'usager peut être transporté à son domicile si lui-même ou sa famille en expriment le désir. Lorsque le retour au domicile n'a pas été demandé, il est transporté, dans la mesure du possible et avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle de l'unité de soins. La famille ou les proches peuvent demeurer auprès de lui et l'assister dans ses derniers instants. Ils peuvent prendre leurs repas au sein de l'établissement et y demeurer en dehors des heures de visite. La mise à disposition par l'HIHL d'un lit d'accompagnant ne donne pas lieu à facturation. En revanche, les repas fournis par le service restauration sont à la charge des personnes qui en bénéficient.

Voir Annexe 16 : Dans le cas où le décès paraît imminent

2. Annonce du décès

Les décès sont constatés, conformément aux dispositions du Code civil, par un médecin de l'HIHL. Cette constatation effectuée, la famille ou les proches de l'usager sont prévenus du décès, dès que possible et par tous les moyens (en tenant compte notamment de la personne à prévenir inscrit dans le dossier de l'usager, le cas échéant, ou de la personne de confiance).

La notification du décès est faite :

- pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche si la famille n'est pas joignable ;
- pour les militaires, à l'autorité militaire compétente ;
- pour les personnes placées sous sauvegarde de justice, à la famille et au mandataire spécial ;
- pour les personnes placées sous tutelle ou curatelle, au tuteur ou au curateur ;
- pour les personnes non identifiées, aux services de gendarmerie.

3. Formalités entourant le décès

Dès que le décès est constaté, le personnel infirmier du service applique les procédures internes à l'HIHL concernant les conduites à tenir en cas de décès.

La déclaration de décès est rédigée par un médecin de l'HIHL et un certificat de décès dans les formes réglementaires, est transmis à la mairie dans les 24 heures – en privilégiant nécessairement la transmission du certificat par voie dématérialisée (électronique).

4. Indices de mort violente ou suspecte

En cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un usager, le Directeur de l'HIHL ou son représentant, prévenu par le médecin constatant le décès ou toute autre personne habilitée, doit aviser immédiatement l'autorité judiciaire.

ARTICLE R. 1112-73 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

5. Dépôts des corps à la chambre mortuaire

Après réalisation de l'inventaire des biens, le corps est déposé, avant tout transfert, à la chambre mortuaire.

De là, il ne peut être transféré hors de l'HIHL que dans les conditions prévues aux articles du présent règlement relatifs au transport du corps des défunts, et avec les autorisations prévues par la loi. Quand les circonstances le permettent, la famille peut demeurer auprès du défunt avant que le corps ne soit déposé dans la chambre mortuaire. Dans toute la mesure du possible, cet accès est organisé dans un lieu spécialement préparé à cet effet et conforme aux exigences de discrétion et de recueillement.

Lorsque la présentation a lieu après le transfert dans la chambre mortuaire, elle se déroule dans une salle spécialement aménagée à cet effet et répondant aux mêmes exigences.

Avant toute présentation, les agents de l'HIHL prennent en compte, dans toute la mesure du possible, après s'en être enquis auprès des familles, les souhaits que leurs membres expriment s'agissant des pratiques religieuses désirées pour la présentation du corps ou la mise en bière.

Le dépôt et le séjour à la chambre mortuaire de l'HIHL du corps d'une personne qui y est décédée sont, **au-delà des 3 premiers jours, facturables par l'HIHL.**

La chambre mortuaire est régie par un règlement intérieur spécifique qui est affiché dans ses locaux, à la vue du public. Le règlement intérieur de la chambre mortuaire précise les modalités de l'accès des familles et des personnels des régies, entreprises et associations et de leurs établissements habilités.

Voir Annexe 17 : Règlement intérieur de la chambre mortuaire

ARTICLE R. 2223-89 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

6. Transport sans mise en bière en chambre funéraire

Le transport du corps et l'admission dans une chambre funéraire doivent intervenir **dans un délai de 48 heures à compter du décès.** Une déclaration écrite préalable doit être effectuée, par tout moyen, auprès du maire du lieu de dépôt du corps.

Cette déclaration indique la date et l'heure présumée de l'opération, le nom l'adresse de l'opérateur dûment habilité qui procède à celle-ci, ainsi que le lieu de départ et d'arrivée du corps.

En outre, le transport et l'admission ne peuvent être effectués que sur production d'un extrait du certificat de décès attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que l'usager décédé n'était pas atteint de l'une des infections transmissibles prévues par arrêté du ministre de la santé, et après accomplissement préalable des formalités relatives aux déclarations de décès.

7. Transport sans mise en bière au domicile du défunt ou d'un proche de la famille

Le transport est subordonné à une déclaration écrite préalable effectuée, par tout moyen, auprès du maire du lieu de dépôt du corps.

Cette déclaration doit indiquer la date et l'heure présumée de l'opération de transport, le nom, l'adresse de l'opérateur dûment habilité qui procède à celle-ci, ainsi que le lieu de départ et d'arrivée du corps.

Ce transport doit intervenir dans un délai de 48 heures à compter du décès :

- à la demande écrite de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil ainsi que de son domicile ;
- à la mention sur le certificat de décès que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le défunt n'était pas atteint par l'une des infections transmissibles prévues par arrêté du ministre de la santé ;
- à l'accord écrit du médecin constatant le décès ou toute autre personne habilitée ;
- à l'accord écrit du Directeur de l'HIHL ou de son représentant ;
- à l'accomplissement préalable des formalités légales relatives à la déclaration de décès.

Le médecin constatant le décès ou toute autre personne habilitée, peut s'opposer à ce transport s'il estime que :

- le décès soulève un problème médico-légal ;
- l'état du corps ne permet pas un tel transport ;
- le défunt était atteint de l'une des maladies contagieuses requérant des mesures sanitaires particulières et visées par arrêté ministériel.

Le médecin doit dans ce cas avertir sans délai et par écrit la famille et le Directeur de l'HIHL de son opposition. Sauf dérogation dûment justifiée, le départ du corps a lieu aux heures d'ouverture du bureau des admissions.

8. Mise en bière et transport après mise en bière

Avant son transport pour inhumation ou crémation, le corps de l'usager décédé est mis en bière par un opérateur funéraire. Après accomplissement auprès de la

commune des formalités prévues par le Code civil concernant la déclaration de décès, l'autorisation de fermeture du cercueil et l'obtention du permis d'inhumer, il est procédé à la fermeture définitive du cercueil. Le transport du corps après mise en bière doit avoir été autorisé par l'autorité administrative compétente.

9. Opérations funéraires

Les corps reconnus par les familles leur sont rendus et celles-ci règlent les frais de convoi et d'obsèques en s'adressant à l'opérateur funéraire de leur choix assurant ce service.

L'HIHL tient à la disposition des familles la liste des régies, entreprises, associations et de leurs établissements habilités à fournir les prestations du service des pompes funèbres. Ces listes sont communiquées à toute personne qui en fait la demande.

Lorsque, dans un délai de 10 jours au maximum, le corps n'a pas été réclamé par la famille ou par les proches, l'HIHL informe le maire de la commune pour qu'il fasse procéder à l'inhumation dans les conditions compatibles avec l'avoir laissé par le défunt. S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation est effectuée en accord avec l'autorité militaire compétente.

10. Don du Corps

Le don du corps ne peut être accepté que si la personne décédée en a fait la déclaration écrite, datée et signée de sa main. Pour être valable, ce document doit avoir été signé et daté par le défunt.

Dans tous les cas, la carte de donateur ou l'exemplaire de la déclaration est remis à l'officier de l'état civil après constatation du décès. Le délai du transport du corps vers l'établissement d'hospitalisation, d'enseignement ou de recherche concerné, ne doit pas excéder 48 heures entre le décès et l'arrivée du corps à l'établissement de destination. Pour être valable, un éventuel document d'annulation du don doit avoir été rédigé, signé et daté, postérieurement au don, par la personne décédée.

Les frais de transport du corps, de l'HIHL vers l'établissement d'enseignement, est à la charge de ce dernier. Il assure également, à ses frais, l'inhumation ou la crémation du corps.

L'établissement d'enseignement peut toujours refuser le don d'un corps s'il n'en a pas l'utilisation. Il revient alors à la famille de prendre en charge les funérailles. Celle-ci en est informée par le Directeur de l'HIHL ou son représentant.

Un corps ayant fait l'objet d'une procédure médico-judiciaire ne peut faire l'objet d'un don à la science.

ARTICLES L. 1261-1 ET R. 1261-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

11. Objets abandonnés ou déposés par le défunt

L'inventaire de tous les objets que possédait le défunt est rédigé par deux personnes dont un cadre de santé ou un infirmier. Les objets de valeur sont remis au régisseur de l'établissement qui les remettra, le cas échéant, aux héritiers du défunt selon les modalités décrites au présent règlement « Restitution des sommes d'argent, titres et objets de valeurs ». Aucun de ces objets ne peut être remis directement à ces derniers par le personnel du service.

Les objets non réclamés sont considérés la propriété de l'établissement, un an et un jour après le décès de leur détenteur.

12. Libre choix des opérateurs funéraires

Les démarches et offres de service effectuées en prévision d'obsèques en vue d'obtenir ou de faire obtenir, soit directement, soit à titre d'intermédiaire, la commande de fournitures ou de prestations liées à un décès sont strictement interdites au sein de l'HIHL.

Il est également strictement interdit aux agents de l'établissement, qui, à l'occasion de l'exercice de leur service, ont connaissance d'un décès, de solliciter ou d'agréer, directement ou indirectement, des offres, des promesses, des dons, des présents et avantages, de quelque nature qu'ils soient, pour faire connaître le décès aux entreprises et associations assurant le service des pompes funèbres ou pour recommander aux familles les services d'une de ces entreprises ou associations.

13. Liberté des funérailles, dispositions testamentaires

Le droit pour chacun d'organiser librement ses funérailles et de choisir son mode de sépulture est une liberté individuelle fondamentale.

Les usagers peuvent donc prendre toutes les dispositions qu'ils jugent nécessaires pour prévoir, de leur vivant, les conditions de leurs funérailles, soit en consignant leurs volontés dans un testament, soit en souscrivant un contrat d'obsèques. Leur volonté doit être strictement respectée. Les usagers peuvent demander au notaire de leur choix de venir recueillir à leur chevet leurs dernières volontés. Dans ce cas, toutes les dispositions sont prises au sein de l'HIHL afin de faciliter l'accomplissement des formalités.

Les usagers peuvent, s'ils le souhaitent, faire des dons ou léguer tout ou partie de leurs biens à l'HIHL. Ces libéralités peuvent être assorties, le cas échéant, de conditions à la charge du légataire. L'HIHL s'engage à respecter scrupuleusement leurs volontés.

Sous réserve des dispositions de l'article 909 du Code civil, les administrateurs, médecins et agents de l'HIHL ne peuvent profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires faites en leur faveur par des personnes âgées hébergées au sein de l'HIHL. Il en est de même pour les médecins et les pharmaciens qui auront traité une

personne pendant la maladie dont elle est décédée pour les libéralités faites en leur faveur au cours de cette maladie. En l'absence de volonté laissée par l'usager avant son décès et en cas de désaccord au sein des membres de la famille du défunt, ces derniers peuvent saisir le tribunal d'instance, compétent pour les contestations sur les conditions des funérailles.

K. Les droits du patient

ARTICLES L. 1110-1 à L.1115-2 & R. 1110-1 à D. 1114-42 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

1. Laïcité et libre exercice du culte

L'HIHL garantit le respect des croyances et convictions des personnes accueillies, et met à leur disposition des moyens pour assurer librement l'exercice de leur culte (recueillement, présence d'un ministre du culte, nourriture, rites funéraires...). Les ministres des cultes des différentes confessions peuvent rendre visite aux usagers qui en ont exprimé le désir auprès des cadres de santé. Toutefois, l'expression des convictions religieuses ne doit porter atteinte, ni au fonctionnement du service, ni à la qualité des soins, ni aux règles d'hygiène, ni à la tranquillité des autres usagers et de leurs proches. Le principe de la liberté religieuse doit être concilié avec le principe de laïcité qui a cours à l'hôpital et ne doit pas faire obstacle à la bonne organisation du service.

Tout prosélytisme est interdit, qu'il soit le fait d'une personne hospitalisée, d'un visiteur, d'un membre du personnel ou d'un bénévole.

La distribution de tout document à caractère politique, religieux ou associatif, à des fins de propagande ou de prosélytisme, est interdite dans l'ensemble des locaux de l'HIHL.

Les signes d'appartenance religieuse quelle qu'en soit la nature ne sont pas acceptés au sein de l'hôpital, qu'ils soient arborés individuellement ou collectivement par les usagers, leurs familles, les visiteurs ou les personnels, dès lors que ces signes constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou qu'ils perturbent le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public.

De plus, il est interdit de dissimuler son visage dans l'enceinte de l'établissement conformément à la loi n°2010-1192 du 11 octobre 2010. L'enceinte de l'établissement englobe les bâtiments, les parkings, les circulations jusqu'à limite de propriété. Le service d'accueil pourra être en mesure d'intervenir et de demander aux personnes concernées de se contraindre au règlement intérieur et aux lois en vigueur sur le territoire français.

Voir Annexe 18 : Charte de la laïcité dans les services publics – avril 2007

LOI 2010-1192 du 11 octobre 2010

2. Les Chartes

L'HIHL respecte les principes issus de la circulaire DHOS du 2 mars 2006, relative aux droits des personnes hospitalisées conformément à la **charte du patient hospitalisé**.

L'HIHL s'est engagé également à respecter les chartes suivantes :

- Charte des droits et liberté de la personne accueillie
- Charte des droits et liberté de la personne âgée dépendante
- Charte éthique et accompagnement du grand âge

Voir Annexe 19 : Les chartes - Charte de la personne hospitalisée, Charte des Droits et Liberté de la personne âgée dépendante, Charte des Droits et Liberté de la personne accueillie, Charte éthique et accompagnement du grand âge

3. Le droit à l'information du patient

a. Information générale de l'usager par le livret d'accueil

Conformément à l'article L. 1112-2 du Code de la santé publique, toute personne admise dans un établissement public de santé reçoit un livret d'accueil comprenant tous les renseignements utiles sur les conditions de son séjour et l'organisation générale de l'HIHL. Plusieurs chartes sont annexées à ce livret d'accueil. Ce livret mentionne l'existence du présent règlement intérieur et ses modalités de consultation.

b. Information sur l'identité des professionnels de santé

Les personnes hospitalisées ou consultantes doivent être informées par tous les moyens adéquats du nom des médecins et autres professionnels appelés à leur donner des soins. Les professionnels sont identifiables grâce aux badges situés sur leur blouse.

c. Information médicale

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prises en charge.

Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. L'information des usagers incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. La volonté d'une personne d'être tenue dans

l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

ARTICLES L.1111-2 et suivants et R. 1112-1 et suivants DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

4. Information de la famille et des proches

Dans chaque service, les médecins reçoivent les familles des usagers, soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des usagers et de leurs familles. En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à l'usager, sauf opposition de ce dernier. Lorsqu'un usager est transféré dans une autre unité de l'établissement, il appartient à l'unité à l'origine du transfert d'en informer la famille.

5. Transmission d'information entre professionnels de santé

Le praticien qui adresse un usager à un établissement de santé, accompagne sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge de l'usager dont il dispose sur son lieu d'intervention. Cette lettre comprend notamment les motifs de la demande d'admission, les traitements en cours et les allergies connus. Elle est adressée par messagerie sécurisée, ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations. Elle est versée dans le dossier médical de l'usager, ou lui est remise.

A la fin du séjour, une lettre de liaison comprenant les éléments nécessaires à la continuité des soins de l'usager est remise au médecin traitant, et/ou, le cas échéant, au médecin qui a adressé l'usager. Cette même lettre de liaison est également adressée à l'usager.

Cette lettre de liaison comprend l'identification de l'usager, du médecin traitant et/ou du praticien adresseur ainsi que l'identification du médecin de l'établissement de santé, le motif d'hospitalisation, la synthèse médicale du séjour, les traitements prescrits à la sortie et ceux arrêtés pendant le séjour, l'annonce ou l'attente des résultats d'examen et les suites à donner y compris d'ordre médico-social.

ARTICLE L. 1111-22 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

6. Le dossier médical du patient

Un dossier médical est constitué pour chaque usager admis à l'HIHL, conformément aux dispositions de l'article R. 1112-2 du Code de la santé publique.

Ce dossier contient au moins :

- les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier
- les informations formalisées établies à la fin du séjour ;

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

a. Le dossier médical patient informatisé (DPI)

Le dossier médical de l'usager est informatisé au travers du Dossier Patient Informatisé. La structuration de ces éléments et leurs enrichissements doivent être de même nature et répondre à la même exhaustivité que le dossier médical papier de l'usager. Des systèmes de numérisations des pièces physiques viennent compléter la capacité d'enrichissement du dossier numérique.

Dans tous les cas, le Directeur veille à ce que toutes dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des dossiers conservés au sein de l'HIHL. Il veille également à ce que toutes les mesures soient prises pour assurer la communication du dossier médical de l'usager conformément aux règles prévues par les dispositions juridiques en vigueur.

b. L'accès au dossier médical de l'usager

Par principe, ont accès au dossier médical, l'usager (ou son tuteur s'il est sous tutelle), ou son médecin traitant s'il l'a désigné comme intermédiaire. Les professionnels de santé peuvent également avoir accès au dossier d'un usager s'ils justifient de la prise en charge de celui-ci, et que le partage d'information est rendu nécessaire à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou au suivi médico-social et social de cet usager.

En dérogation de ces dispositions générales, ont des droits étendus au dossier médical les personnels médicaux dans le cadre des gardes médicales.

ARTICLE L.1110-4 ET ARTICLES R. 1112-1 et suivants DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

7. La communication du dossier médical

Les usagers ont accès à l'ensemble des informations concernant leur santé détenues, à quelque titre que ce soit, par l'HIHL et les professionnels qui y exercent. Sont

concernées les informations qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment :

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

Ne sont pas communicables les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers. Les usagers peuvent accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire du médecin qu'ils désignent.

La communication a lieu au plus tard dans les huit jours suivant la demande et au plus tôt après un délai de réflexion de 48 heures. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou pour les usagers atteints de troubles mentaux, lorsque la commission départementale des soins psychiatriques est saisie. Le médecin qui a établi ces informations ou qui en est dépositaire peut recommander la présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

En cas de décès de l'usager, les informations le concernant peuvent être délivrées à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour :

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

Seules peuvent être transmises aux ayants droit, concubin ou partenaire de PACS, les informations répondant à l'objectif poursuivi.

La communication du dossier est coordonnée par la Direction Générale. Elle a lieu :

- soit par consultation gratuite sur place dans le service du séjour concerné ou du dernier séjour si la demande en comporte plusieurs ;
- soit par l'envoi par l'HIHL de la reproduction des pièces du dossier, aux frais de la personne qui sollicite la communication, sans que ces frais puissent excéder le coût de la reproduction et le cas échéant de l'envoi des documents.

Dossier médical partagé (DMP)

Par ailleurs et conformément au décret n° 2021-1047 du 4 août 2021 relatif au dossier médical partagé (DMP), l'HIHL transmet les éléments relevant du séjour de l'usager des services de médecine, SMR, et consultations de spécialistes dans le DMP inhérent au

dispositif national « Mon Espace Santé », ceci conformément aux règles déontologiques et dans les délais qui permettent une information préalable claire et directe à l'utilisateur (consultation d'annonce...).

Les éléments du Système d'Information de productions de soins de l'HIHL transmis vers le DMP sont validés par la CME de l'établissement.

ARTICLES L.1110-4, L.1111-7 et R.1111-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
DECRET 2021-1047 du 4 août 2021

8. Les clichés d'imagerie médicale

L'HIHL ne dispose pas de service d'imagerie médicale. L'utilisateur qui souhaite avoir accès à ses imageries ou en avoir une copie doivent en faire la demande directement à l'établissement qui a réalisé les images.

9. Les relations avec les familles et le médecin traitant

a. Relation avec les familles

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

En l'absence d'opposition de l'utilisateur, les indications d'ordre médical, tels le diagnostic et l'évolution de la maladie, ne peuvent être données aux membres de la famille que par les médecins dans les conditions définies par le Code de déontologie médicale. Les renseignements courants sur l'état de l'utilisateur peuvent être fournis par les personnels paramédicaux dans leur champ de compétence.

b. Relation avec le médecin traitant

L'HIHL est tenu d'informer par lettre le médecin désigné par l'utilisateur ou sa famille de la date et de l'heure de son admission ainsi que de l'unité de soins où a eu lieu cette admission. Il doit l'inviter simultanément à prendre contact avec le responsable médical de cette unité de soins, à fournir tous renseignements utiles sur l'utilisateur et à faire connaître son souhait d'être informé sur l'évolution de l'état de santé de ce dernier.

En cours d'hospitalisation, le praticien hospitalier en charge de l'utilisateur communique au médecin désigné qui en fait la demande écrite toutes les informations relatives à l'état de l'utilisateur.

ARTICLES R. 1112-6 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

10. Accueil et prise en charge des patients en situation de handicap

L'HIHL s'engage à prendre en charge les usagers en situation de handicap, quel que soit le type de handicap, en permettant en accueil facilité : organisation du parcours en amont, aménagement de l'hôpital, reconnaissance de la place de l'aidant.

11. La personne de confiance

Il est possible de désigner une personne de confiance avant, pendant ou après une hospitalisation. Depuis la promulgation de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015, il est également possible de désigner une personne de confiance en cas d'admission dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées ou service de soins infirmiers à domicile.

a. Rôle de la personne de confiance

De manière générale, la personne de confiance peut accompagner l'usager dans ses démarches et le soutenir lors de ses entretiens médicaux. En cas de diagnostic ou de pronostic grave pour le malade, la personne de confiance reçoit les informations nécessaires pour lui permettre de le soutenir (sauf opposition du malade). Lorsque le patient n'est plus en état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information, la personne de confiance doit être consultée par les médecins avant toute intervention ou investigation (sauf urgence ou impossibilité). Dans ce cas, l'avis de la personne de confiance prévaut sur tout autre avis non médical.

En EHPAD, la personne de confiance est également consultée au cas où la personne intéressée rencontre des difficultés dans la connaissance et la compréhension de ses droits.

Le résident peut en outre expressément indiquer que la personne de confiance exercera les mêmes missions que celle désignée lors d'une hospitalisation (recueil de son avis si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté).

b. Qui est la personne de confiance ?

La personne de confiance est unique. Toute nouvelle désignation entraîne l'annulation de la précédente. Elle doit avoir un lien relationnel avec le patient (parent, proche ou médecin traitant) à l'exclusion du voisin de chambre ou d'une personne de l'équipe de soins.

La personne désignée doit donner son accord à cette désignation. A cet effet, elle contresigne le formulaire de désignation.

Remarque : La personne de confiance n'a pas de pouvoir de décision mais seulement de conseil et d'information.

c. Qui peut désigner la personne de confiance ?

Toute personne majeure capable juridiquement peut être désignée personne de confiance.

Cas particulier des majeurs protégés

- En cas d'hospitalisation : lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, elle ne peut désigner une personne de confiance qu'avec l'autorisation du Juge des Tutelles ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer. Le majeur protégé sous curatelle ou sauvegarde peut choisir seul sa personne de confiance.
- En cas d'hébergement : des règles sont spécifiques pour la désignation d'une personne de confiance si le résident est sous mesure de protection juridique. Si le résident bénéficie d'une mesure de protection juridique pour les actes relatifs à sa personne il doit avoir l'autorisation du Juge des Tutelles, quelle que soit la mesure, pour désigner sa personne de confiance. Sous protection ou assistance aux biens, le majeur protégé peut désigner seul sa personne de confiance, quelle que soit sa mesure.

A noter : La protection des biens et la protection de la personne sont distinguées dans le cadre des mesures de protection juridique.

d. Quand la désigner ?

La personne de confiance peut être désignée à tout moment :

- Lors d'une prise en charge sociale ou médico-sociale, ou en cas d'hospitalisation, des explications sont fournies sur la « personne de confiance »,
- A tout moment en cours du séjour, l'usager peut modifier les choix faits antérieurement.

A l'admission, l'équipe demandera au patient si, il a ou veut désigner une personne de confiance :

- S'il existe une désignation antérieure de la personne de confiance présente dans le dossier patient informatisé, une confirmation devra être demandé à l'usager. Si le patient est dans l'incapacité de le confirmer, l'équipe soignante se renseignera le moment venu auprès de la personne de confiance désignée historiquement.
- Si l'usager est incapable de désigner une personne de confiance, et que l'établissement n'a pas connaissance d'une désignation écrite alors l'équipe soignante mentionnera « incapable de désigner une personne de confiance » sur les documents prévus à cet effet.

Attention : la désignation d'une personne de confiance en secteur d'hospitalisation n'équivaut pas à la désignation d'une personne de confiance en secteur d'hébergement.

Il sera donc nécessaire, si l'usager d'EHPAD ou USLD souhaite que cette même personne soit également sa personne de confiance dans le cadre de sa prise en charge sociale et médico-sociale, de procéder à une nouvelle désignation. Si elle est présente au cours des entretiens médicaux, cette présence doit être mentionnée dans le dossier du patient/résident.

e. Comment la désigner ?

La désignation se fait par écrit. Elle peut se faire sur papier libre, ou utiliser les documents fournis par l'équipe de soignante, daté et signé en précisant bien le nom, le prénom et les coordonnées de la personne de confiance. **La personne de confiance doit contresigner le document.**

Si l'usager a des difficultés pour écrire, il peut demander à deux personnes d'attester par écrit, que cette désignation ou cette révocation est bien conforme à sa volonté.

f. Comment faire connaître ce document et le conserver ?

Il est important, lors d'une prise en charge, d'informer l'équipe de prise en charge que l'usager a désigné une personne de confiance, afin qu'elle connaisse son nom et ses coordonnées. Une copie de cette désignation sera demandée à l'usager. Il est souhaitable d'en tenir ses proches informés.

ARTICLE L1111-6 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE ISSU DE LA LOI 2002-303 DU 04 MARS 2002 MODIFIEE PAR LA LOI
2016-87 DU 02 FEVRIER 2016
ARTICLE L. 311-5-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES UE

12. Les directives anticipées

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées informent sur les souhaits des personnes relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont modifiables et révocables à tout moment.

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

La décision de refus d'application des directives anticipées est prise à l'issue d'une procédure collégiale et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par l'usager ou, à défaut, de la famille ou des proches.

Un modèle de rédaction est proposé par l'établissement mais l'utilisateur peut utiliser d'autres formulaires ou rédiger ses directives anticipées sur papier libre. Les directives anticipées sont intégrées informatiquement au dossier médical de l'utilisateur. Le médecin traitant informe ses usagers de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées.

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

ARTICLES R. 1111-17 et 1111-6 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

13. Le secret à l'hôpital

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, le secret couvre l'ensemble des informations concernant l'utilisateur, venues à la connaissance d'un professionnel de santé de l'HIHL, de tout membre du personnel de l'HIHL ou d'organismes en lien avec ce dernier et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec l'HIHL ou lesdits organismes.

Par exception à ce principe, le secret peut cependant être partagé dans des conditions précises prévues par les dispositions juridiques en vigueur.

a. Entre professionnels de santé

Ainsi, deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent échanger des informations relatives à un même utilisateur, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible, sauf opposition de l'utilisateur dûment averti. Lorsque l'utilisateur est pris en charge par une équipe de soins, les informations le concernant sont réputées confiées par l'utilisateur à l'ensemble de l'équipe.

b. Avec les proches ou la famille

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de l'utilisateur ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à l'utilisateur, sauf opposition de ce dernier. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

En cas de décès, le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant un utilisateur décédé soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par l'utilisateur avant son décès.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée nécessaires à la prise en charge d'une personne susceptible de faire l'objet d'un examen des caractéristiques génétiques dans les conditions prévues par le Code de la Santé Publique soient délivrées au médecin assurant cette prise en charge, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

Par ailleurs, les usagers peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence au sein de l'HIHL ou sur leur état de santé (cette disposition ne fait pas obstacle aux sollicitations des autorités judiciaires sur réquisition).

Pour les usagers demandant le bénéfice du secret de l'hospitalisation, un dossier d'admission est constitué normalement. Toutefois, une mention relative à l'admission sous secret est portée sur leur dossier et les services concernés (standard, service de soins, hôtesse d'accueil...) en sont avisés.

ARTICLE L. 1110-4 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
ARTICLE L. 1110-12 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

14. Le traitement des données à caractère personnel

Les données personnelles confiées à l'HIHL lors des venues des usagers en consultation hospitalisation ou hébergement sont enregistrées et conservées dans le système d'information de l'HIHL. L'HIHL gère également les données personnelles de ses salariés à des fins de gestion administrative de leur activité professionnelle et de leur carrière. L'HIHL est le garant de la confidentialité de ces données personnelles.

Les données des usagers sont utilisées pour créer et maintenir le dossier médical, gérer administrativement la prise en charge, organiser et piloter les services de soins et le parcours de soins. Elles sont également susceptibles d'être réutilisées pour réaliser des études dans le domaine de la santé, sous réserve du consentement de l'utilisateur obtenu après information.

Les informations médicales concernant les usagers sont conservées dans le système d'information de l'HIHL et partagées avec les professionnels de l'équipe de soins qui les prennent en charge.

Afin d'améliorer la qualité du parcours de soins, l'HIHL peut également être amené à transmettre ces données à des professionnels exerçant en dehors de l'HIHL mais intervenant dans la prise en charge médicale et notamment au médecin traitant de l'utilisateur.

Les informations concernant les usagers sont susceptibles d'être hébergées informatiquement chez un hébergeur de données agréé à cet effet par le ministre chargé de la santé dans le cadre du décret du 4 janvier 2006. Le dossier médical est

conservé, conformément au code de la santé publique, pendant une période de vingt ans à compter de la date de la dernière venue, ou pendant dix ans à compter de la date de décès. Ce délai est porté à trente ans si l'usager a fait l'objet d'une transfusion sanguine.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), l'usager dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, et d'un droit à définir des directives sur la conservation, l'effacement et la communication de ces données après le décès, en s'adressant par courrier à tout moment au délégué à la protection des données de l'HIHL dans la limite des obligations légales.

15. Le Délégué à la protection des données (DPO)

Dans le cadre de l'application du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), le Directeur de l'HIHL a nommé un délégué à la protection des données.

Le délégué agit d'une manière indépendante et bénéficie d'une protection suffisante dans l'exercice de ses missions par l'HIHL. Le délégué à la protection des données est chargé de la mise en œuvre et du respect du Règlement Général sur la Protection des Données

En cas de difficulté dans l'exercice des droits concernant la collecte, conservation et transmission de leurs données personnelles, les usagers peuvent saisir le Délégué à la Protection des Données de l'HIHL à l'adresse suivante : dpo@hihl.fr

L'usager dispose également du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

ARTICLE 37, 38 ET 39 DU REGLEMENT GENERAL SUR LA PROTECTION DES DONNEES

16. Information sur les accidents médicaux, iatrogènes et infections nosocomiales

En cas d'accident médical, d'affection iatrogène ou d'infection nosocomiale, le médecin est tenu d'informer la personne qui en est victime ou qui s'en estime victime sur les circonstances ou les causes de ce dommage.

Le cas échéant, cette information est délivrée à ses ayants droit ou à son représentant légal.

Cette information est délivrée au plus tard dans les 15 jours suivant la découverte du dommage ou sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix.

ARTICLE L. 1142-4 et R. 1142-4-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

17. Le droit à la qualité des soins, à la prise en charge de la douleur et aux soins palliatifs

a. Droit à des soins de qualité

Tout usager 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.

b. Prise en charge de la douleur

Tout usager a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toutes circonstances prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. Les professionnels de santé de l'HIHL mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.

c. La prévention des infections nosocomiales

L'HIHL s'engage à mettre en œuvre toutes les mesures nécessaires en termes de gestion du risque infectieux à la fois vis-à-vis du personnel, mais aussi vis-à-vis de l'usager et des accompagnants, afin de limiter les risques d'infections nosocomiales.

d. Droit aux soins palliatifs

Tout usager dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement approprié dans le respect de son libre choix.

18. Consentement aux soins – cadre général

L'usager prend avec les professionnels de santé et compte-tenu des informations et des préconisations qu'ils lui fournissent les décisions concernant sa santé. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sur l'usager sans son consentement libre et éclairé. Ce consentement peut être retiré à tout moment.

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

Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

ARTICLE L. 1111-4 et suivants et R. 1110-3 et suivants DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

19. Consentement aux soins des usagers en fin de vie

S'agissant d'un usager en fin de vie, lorsque ce dernier est conscient et décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin est tenu de respecter sa volonté après l'avoir informé des conséquences de son choix. La décision du malade est inscrite dans son dossier médical.

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

- Lorsque l'usager atteint d'une affection grave et incurable dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements ;
- Lorsque la décision de l'usager, atteint d'une affection grave et incurable, d'arrêter un traitement, engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

ARTICLE L. 1111-4 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
ARTICLE L. 1110-5-2 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

20. Consentement aux soins des patients hors d'état d'exprimer leur volonté

Lorsque l'usager est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ni investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance, 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 d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale prévue par la loi et les directives anticipées rédigées par l'usager ou, à défaut de ces dernières, sans que la personne de confiance ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

Pour être valables, les directives anticipées doivent être écrites, datées et signées par leur auteur majeur, dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance. Elles sont révisables ou révocables à tout moment.

ARTICLE L. 1111-4 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
ARTICLE L. 1111-11 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

21. Consentement aux soins des majeurs protégés

Le consentement du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

22. Refus de soins

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité.

Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrit dans le dossier médical de l'usager. Lorsqu'un usager n'accepte pas l'intervention ou les soins qui lui sont proposés ou souhaite interrompre le traitement, une proposition alternative de soins est recherchée au préalable, dans toute la mesure du possible.

La sortie de l'usager peut éventuellement être prononcée par le Directeur ou son représentant dans les conditions prévues à l'article « sortie contre avis médical ». En cas d'urgence médicalement constatée mettant en péril la vie de l'usager, le médecin responsable s'assure que le refus de l'usager procède d'une volonté libre et éclairée et d'une parfaite connaissance du risque qu'il encourt.

Le médecin informe, s'il y a lieu, la « personne de confiance » désignée, ou la famille ou un autre proche. Le malade, conscient, doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical.

En cas de refus persistant, le médecin responsable prend les décisions qu'il estime nécessaires pour l'usager compte tenu de son devoir d'assistance à personne en danger et de la connaissance qu'il a du refus du malade d'accepter les soins. Il en informe immédiatement le Directeur ou son représentant.

ARTICLE L. 1111-4 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
ARTICLES R. 1112-16 et R. 1112-43 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

23. Réclamations et voies de recours

Toute personne accueillie au sein de l'HIHL (ou ses représentants légaux ou, en cas de décès, ses ayants droit) peut faire part de ses observations ou de ses réclamations directement au Directeur. La commissions des usagers (CDU) veille au respect des droits des usagers et à l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accueil des usagers (hospitalisés ou venus en consultation) et de leurs proches.

Les observations exprimées par les usagers sont selon leur nature examinées par le Directeur de l'HIHL ou son représentant, le médiateur médical ou non médical ou par la CDU. Une réponse motivée est adressée au requérant.

L'usager (ou ses représentants, ou en cas de décès ses ayants droit) peut également s'adresser à la commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales compétente (CCI) lorsqu'il s'estime victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins.

Enfin, l'usager (ou ses représentants légaux, ou en cas de décès ses ayants droit) peut faire un recours auprès du Tribunal Administratif de Limoges : celui-ci peut ordonner dans un 1^{er} temps une expertise qui permettra éventuellement d'établir la responsabilité de l'HIHL dans la survenue du dommage, et de fixer les postes de préjudices en découlant. Dans un 2^{ème} temps, le juge pourra lier le contentieux de manière définitive en se prononçant sur l'indemnisation de l'usager et sur la responsabilité de l'établissement de santé.

Préalablement à tout recours à visée indemnitaire devant le juge administratif, le requérant doit formuler auprès de l'HIHL, sous forme d'une requête amiable, une demande d'indemnisation pour réparation de préjudice.

ARTICLES R. 1112-79 A R. 1112-94 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

24. La médiation

Un médiateur médecin et un médiateur non médecin sont désignés au sein de l'HIHL par le Directeur.

Le plus souvent, les médiateurs organisent une rencontre entre l'usager, ses proches ou ses ayants droit, sur simple demande de leur part, avec des membres des équipes médicales ou soignantes qui ont pris en charge l'usager.

Ils peuvent aussi recevoir seuls l'usager, ses proches ou ses ayants droits lorsque ces derniers ne souhaitent pas revoir les équipes médicales ou soignantes.

Les médiateurs peuvent également rencontrer seulement les proches de l'usager s'ils l'estiment utile ou à la demande de ces derniers.

Lorsque le médiateur médecin souhaite consulter un dossier médical, il demande l'accord écrit de l'usager, ou de son représentant légal, ou de ses ayants droit en cas de décès.

L'HIHL peut également proposer à l'usager ou à ses ayants droit de rencontrer le médiateur médecin ou le médiateur non médecin en tant que de besoin.

ARTICLES R.1112-91 à R. 1112-94 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

L. Transfusion sanguine

1. Produits sanguins labiles

Les usagers dont l'état nécessite l'administration de produits sanguins labiles sont transfusés avec des produits homologués fournis par le site transfusionnel de l'EFS auquel l'HIHL est rattaché.

Il n'est pas possible pour les usagers de sélectionner un donneur parmi leurs proches ou leurs relations, cette pratique étant contraire à la règle de l'anonymat qui préside au don du sang. Seule la nécessité thérapeutique peut être invoquée, à titre exceptionnel, pour justifier le non-respect de ce principe.

2. Sécurité transfusionnelle

Les médecins prescrivent aux usagers les produits les plus adaptés et les plus sûrs au regard de leur pathologie. Ils s'assurent de la traçabilité des produits effectivement administrés aux usagers. Au cas où est diagnostiqué chez un usager un événement indésirable susceptible d'être dû à une transfusion, le correspondant d'hémovigilance de l'HIHL en informe immédiatement le correspondant d'hémovigilance de l'EFS, en lui spécifiant les références des produits transfusés.

L'HIHL doit faire en sorte, soit directement, soit par l'intermédiaire du médecin traitant, que l'usager impliqué dans une enquête transfusionnelle et dont il gère le dossier médical bénéficie des contrôles nécessaires. L'usager est tenu informé de sa situation dans les conditions prévues à l'article du présent règlement relatif à l'information sur les accidents médicaux, les affections iatrogènes ou les infections nosocomiales.

L'HIHL établit pour chaque usager qui bénéficie d'une transfusion sanguine un dossier transfusionnel versé au dossier médical de l'usager.

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

Chapitre 4 - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

M. Les principes généraux régissant le service public hospitalier

Le bon fonctionnement du service public hospitalier et le respect des usagers imposent à l'ensemble du personnel, quel que soit son statut, le respect d'un certain nombre de principes. Leur non-respect est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires.

Les dispositions relatives au personnel s'appliquent à l'ensemble des agents de l'HIHL : fonctionnaires, agents contractuels de droit public et de droit privé, professionnels médicaux (praticien hospitalier ...), internes et externes en médecine, stagiaires.

1. Le principe de continuité

Le principe de continuité repose sur la nécessité de répondre aux besoins d'intérêt général sans interruption.

Ainsi, l'HIHL assure la permanence des soins ainsi que la permanence de l'accueil des usagers et de leur prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'Agence Régionale de Santé.

Le bon fonctionnement de l'HIHL repose notamment sur l'assiduité et la ponctualité de l'ensemble du personnel, qui conditionnent l'organisation et la qualité de la prise en charge des usagers, notamment grâce au respect des horaires et à une bonne synchronisation des temps médicaux et soignants.

La gestion prévisionnelle des congés revêt également une importance particulière.

Toutefois, ce principe de continuité doit s'accommoder avec celui du principe, à valeur constitutionnel également, du droit de grève, développé ci-après.

ARTICLE L.6112-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
ARTICLES R.6152-26, R.6152-31 ET R.6152-35 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

2. Le principe de laïcité

Le principe de laïcité du service public fait obstacle à ce que ses agents manifestent dans l'exercice de leurs fonctions leurs croyances religieuses, notamment par un signe ou un port vestimentaire ostensible, destiné à marquer leur appartenance à une religion. Il interdit également toute forme de prosélytisme. Ce principe, qui vise à protéger les usagers du service public de tout risque d'influence ou d'atteinte à leur propre liberté de conscience, s'impose à tous les agents de l'établissement.

Conformément au principe de laïcité, le port du voile n'est pas autorisé pour les professionnels de l'HIHL. Le port de dispositifs couvrant la tête (tels que les charlottes) n'est pas autorisé hors zone nécessitant des mesures d'hygiène spécifiques (le port de ces charlottes n'est ainsi pas autorisé au sein des salles de pause).

Le fait, pour un agent public de manifester ses convictions religieuses dans l'exercice de ses fonctions constitue un manquement à ses obligations.

Il appartient au Directeur de faire respecter les principes d'égalité, de neutralité et de laïcité par le personnel et, en cas de manquement à ces obligations, de prendre les mesures disciplinaires nécessaires.

Un référent laïcité a été nommé par le Directeur.

ARTICLE 10 DE LA DECLARATION DES DROITS DE L'HOMME ET DU CITOYEN DE 1789
ARTICLE 11 DE LA CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
ARTICLE 9 DE LA CONVENTION DE SAUVEGARDE DES DROITS DE L'HOMME ET DES LIBERTES FONDAMENTALES
ARTICLE L.6143-7 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
CIRCULAIRE DU PREMIER MINISTRE N°5209/SG DU 13 AVRIL 2007 RELATIVE A LA CHARTE DE LA LAÏCITE DANS LES SERVICES PUBLICS
CIRCULAIRE DHOS/G N° 2005-57 DU 2 FEVRIER 2005 RELATIVE A LA LAÏCITE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE
GUIDE DE L'OBSERVATOIRE DE LA LAÏCITE DU 23 FEVRIER 2016 SUR LA LAÏCITE ET LA GESTION DU FAIT RELIGIEUX DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE
CONSEIL D'ETAT, AVIS, 3 MAI 2000 MLE MARTEAUX, REQUETE N° 217017

N. Les obligations inhérentes au respect de l'utilisateur

1. L'obligation d'accueil et d'information des usagers et de leurs familles

Les personnels hospitaliers ont le devoir de satisfaire aux demandes d'information du public, des usagers et de leurs familles, dans le respect des règles de réserve, de secret et de discrétion professionnelle qui s'imposent. Dans le cadre de la personnalisation des relations avec le public, l'anonymat des fonctionnaires est levé sauf pour des motifs de sécurité des personnels rendant nécessaire le respect de l'anonymat.

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information incombe à tout professionnel de santé participant à la prise en charge de l'utilisateur dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. Toute personne a droit, à sa demande, à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge.

Les familles sont accueillies et informées de l'évolution de l'état de santé de leurs proches, avec tact et ménagement, en toutes circonstances. Les familles doivent être avisées en temps utile des décisions importantes concernant les usagers. Hormis les cas d'urgence médicale, un changement de service d'accueil devra être porté à leur connaissance avant que la décision ne soit exécutée. Dans le cas de l'aggravation de l'état de santé de l'utilisateur, la famille doit être informée rapidement, notamment par téléphone.

ARTICLES L.1111-2, L.1111-3, L.1112-2, L.1113-1, R.1112-41, R.1112-42 ET R.1113-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

2. Le respect du secret professionnel

a. Les dispositions générales

Toute personne prise en charge par l'établissement a droit au respect du secret des informations la concernant.

Institué dans l'intérêt des usagers, le secret professionnel est un principe fondamental, applicable à tout professionnel de santé et toute personne intervenant de par ses activités professionnelles ou bénévoles au sein de l'HIHL. Le secret couvre tout ce qui est porté à leur connaissance dans le cadre de leur mission, c'est-à-dire non seulement ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.

Il peut y être dérogé uniquement dans les cas de révélation strictement prévus par la loi. La violation du secret professionnel est passible de sanctions pénales, ne faisant pas échec à l'application de sanctions disciplinaires ou ordinaires.

En cas de non-révélation d'actes dont il a eu connaissance, le médecin doit prendre toutes mesures utiles pour en limiter les effets et en empêcher le renouvellement.

b. Le partage d'informations

Un professionnel peut, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens du Code de la santé publique, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe. En revanche, le partage, entre les professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée.

Le questionnement de l'utilisateur pratiqué, tant par le personnel médical que paramédical ou administratif, doit se dérouler dans des conditions de confidentialité.

L'examen clinique peut, avec l'accord de l'utilisateur, se dérouler en présence de plusieurs personnes (élèves et étudiants médecins ou non-médecins en cours de formation) qui sont tenues de respecter le secret de ce qu'elles ont vu, entendu et compris.

c. L'accès étendu au dossier médical

Certains professionnels de santé peuvent également avoir accès au dossier d'un usager, dans le cadre des gardes médicales. Cet accès étendu vise à prendre en charge dans les meilleures conditions possibles un usager, dans l'intérêt de la sauvegarde de son état de santé.

3. L'obligation de discrétion professionnelle

Les agents hospitaliers sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle pour tout ce qui concerne les faits et les informations dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de leurs fonctions. Ceci recouvre tout ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.

Cette obligation s'applique à l'égard des usagers, mais aussi entre agents publics, à l'égard d'autres agents, qui n'ont pas, du fait de leurs fonctions, à connaître les informations en cause.

Il est ainsi notamment interdit de communiquer des informations ou documents relatifs à l'état de santé d'un usager, ou des informations ou documents relatifs à la situation d'un autre agent (*fiche de situation, bulletin de paye ...*).

Cela signifie que les agents ne peuvent communiquer dans leur vie personnelle par l'intermédiaire des réseaux sociaux, blogs ou forums toute information dont ils auraient connaissance à l'occasion de leur fonction.

En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les personnels ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent.

Le non-respect de cette obligation de discrétion professionnelle est passible de sanctions pénales, ne faisant pas échec à l'application de sanctions disciplinaires ou ordinaires.

ARTICLE L. 1110-4 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ;
ARTICLES L. 121-6 ET L.121-7 DU CODE GÉNÉRAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

4. Le respect de la liberté de conscience et d'opinion

La liberté de conscience, de croyance et d'opinion des usagers et famille, doit être rigoureusement respectée par le personnel de l'établissement, qui s'abstiendra d'exercer toute propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, sur les usagers et leurs proches. Tout agent public a un devoir strict de neutralité. Enfin, il doit traiter de manière identique, sans privilège, ni discrimination toutes les personnes se trouvant dans la même situation et respecter leur liberté de conscience.

O. Les principes de bonne conduite professionnelle

1. Le devoir de réserve

Tout membre du personnel doit faire preuve de réserve et de mesure dans l'expression écrite et orale de ses opinions personnelles. Dans l'exécution de leur service, les agents de l'HIHL doivent s'abstenir de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou déplacés, susceptibles d'importuner ou de choquer les usagers et les autres agents.

L'obligation de réserve consiste à ne pas manifester, de quelque manière que ce soit, son opinion politique, religieuse, syndicale ou philosophique en présence des usagers.

Le devoir de réserve ne concerne pas le contenu des opinions (la liberté de conscience et d'opinion est reconnue aux agents publics) mais leur mode d'expression. Le droit de réserve doit se concilier avec la liberté d'expression liée à l'exercice d'une fonction syndicale et à l'exercice d'un libre droit de critique, sans toutefois excéder les limites de l'action syndicale.

Cette obligation impose aussi aux agents publics d'éviter en toutes circonstances les comportements susceptibles de porter atteinte à la considération du service public par les usagers.

Le devoir de réserve s'applique **pendant et hors du temps de service**.

ARTICLES L. 111-2, L.121-1 ET L.121-2 DU CODE GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

2. L'assiduité et la ponctualité

Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions avec l'assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement de l'HIHL, lesquelles conditionnent l'organisation et la qualité de la prise en charge des usagers, notamment grâce au respect des horaires.

Il est tenu de respecter ses horaires de travail établis en application des dispositions réglementaires et fixés par tableaux de services communiqués par sa hiérarchie.

Il doit veiller à prévenir dans les meilleurs délais son supérieur hiérarchique de tout retard ou absence à son poste de travail.

ARTICLES L.121-3, L. 121-9 ET L.121-10 DU CODE GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

3. L'obligation de respect des instructions reçues et le devoir d'obéissance hiérarchique

Tout agent de l'établissement, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées.

Le refus d'obéissance constitue une faute professionnelle.

Ainsi, l'agent doit 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.

De même, sous réserve des règles applicables aux professions réglementées, en cas d'empêchement d'un agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, un autre agent, ayant reçu l'ordre d'exécuter ce travail, ne peut s'y soustraire en invoquant le motif que cette tâche n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade.

Enfin, lorsque l'agent a un motif raisonnable de penser qu'une situation de travail présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, il peut alors faire valoir son droit de retrait et se retirer de cette situation.

ARTICLES L. 121-9 ET L. 121-10 DU CODE GÉNÉRAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

4. Le devoir d'alerte et d'information du supérieur hiérarchique

Tout agent, quel que soit son grade ou sa fonction, doit informer son supérieur hiérarchique, dans les meilleurs délais, des incidents de toute nature dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de son service. Cette obligation doit se traduire notamment par l'élaboration de rapports circonstanciés qui peuvent être sollicités par l'encadrement. Il existe en outre un devoir d'alerte auprès de l'encadrement lorsque des éléments précis peuvent faire craindre la survenance d'un incident ou d'un dysfonctionnement.

ARTICLES L.135-1 A L.135-5 DU CODE GÉNÉRAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

5. Le bon usage des biens de l'HIHL

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'HIHL.

Les atteintes aux biens de l'établissement peuvent faire l'objet de sanctions disciplinaires, d'une procédure judiciaire ou d'une demande de remboursement des frais engagés par l'HIHL pour réparer les dommages causés.

6. Le respect des règles d'hygiène et de sécurité

Tous les agents doivent observer strictement les règles d'hygiène et de sécurité applicables au sein de l'HIHL. L'usage des téléphones personnels est strictement interdit dans l'ensemble des services et/ou en présence d'usagers et de leurs familles. L'usage d'écouteurs, de casques audio ou tout élément de même nature est strictement prohibé dans l'ensemble de l'HIHL pendant les heures de service. Un usage est toléré lors des moments de pause du personnel.

Les agents ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer la sécurité générale de l'HIHL et de ses usagers. Ils doivent participer régulièrement aux formations sécurité incendie et aux exercices d'évacuation. Ils sont tenus d'appliquer sans délai les consignes données par les personnels de sécurité, sous peine de sanction et/ou poursuite.

Les agents ont notamment l'obligation de respecter les mesures barrières imposées afin de lutter contre la propagation des virus, sous peine de sanctions disciplinaires.

En tout état de cause, ils doivent se conformer à toute directive imposée par le Directeur, ou son représentant, en matière d'hygiène.

ARTICLES L.136-1, L.811-1 ET L.811-2 DU CODE GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

7. L'exigence d'une tenue appropriée et d'un langage correct

a. L'exigence d'une tenue appropriée

Une tenue appropriée, tant dans l'habillement et que les accessoires, est exigée de l'ensemble du personnel de l'HIHL. Elle doit également être compatible avec les principes de neutralité et de laïcité du service public ainsi qu'avec les règles d'hygiène.

- Les tenues décontractées (short, bermuda, tongs ...) sont prosrites ;
- Les tenues et accessoires portés par les agents ne doivent pas nuire au principe de neutralité et de laïcité du service public hospitalier.
- Les tenues portées doivent être compatibles avec les règles d'hygiène en vigueur, ainsi le port d'accessoire (bijoux, faux ongles/vernis...) proscrit dans certains secteurs notamment de soins ;

Toutes les personnes appelées à travailler dans les services de l'établissement doivent adopter les tenues vestimentaires quand elles leur sont fournies par l'établissement. La tenue vestimentaire réglementaire doit être portée pendant toute la durée du service. Le port des vêtements de travail est interdit dans les restaurants du personnel et à l'extérieur de l'HIHL en dehors des horaires de service.

Les agents ont l'obligation de faire nettoyer leur tenue de travail par le service de blanchisserie en utilisant le circuit interne de ramassage du linge sale.

b. L'exigence d'un langage correct

La familiarité à l'égard des usagers et des familles est formellement interdite. De même, les propos véhéments ou les éclats de voix entre agents de l'établissement sont proscrits, particulièrement en présence du public, car ils portent atteinte à l'image de l'établissement et à une ambiance sereine de travail.

Les propos insultants, discriminatoires à l'encontre des usagers, familles et autres agents sont proscrits et de tels propos peuvent exposer l'agent à une sanction disciplinaire et/ou pénale.

c. Lutte contre le bruit

Les personnels s'efforcent, sans distinction de grades ou de fonctions, d'assurer au mieux le confort physique et moral des usagers.

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 notamment, par son comportement, participer à la lutte contre le bruit, tout particulièrement la nuit.

ARTICLE L.121-1 ET L.121-2 DU CODE GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

8. L'obligation de désintéressement

Il est interdit à tout agent de l'HIHL d'avoir, dans une société publique ou privée, ou dans une association, des intérêts de toute nature qui seraient susceptibles de compromettre son indépendance.

**ARTICLES L. 121-4, L. 121-5 et L. 122-1 DU CODE GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE
ARTICLE 115 DE LA LOI N°2016-41 DU 26 JANVIER 2016 DITE « LOI DE MODERNISATION DU SYSTEME DE SANTE »
DECRET N° 2007-658 DU 2 MAI 2007 MODIFIE PAR LE DECRET 2011-82 DU 20 JANVIER 2011 RELATIF AU CUMUL
D'ACTIVITES DES FONCTIONNAIRES, DES AGENTS NON TITULAIRES DE DROIT PUBLIC ET DES OUVRIERS DES
ETABLISSEMENTS INDUSTRIELS DE L'ETAT
ARTICLE L.4113-13 DU CODE LA SANTE PUBLIQUE**

9. L'interdiction d'exercer une activité privée lucrative et cumul d'activité

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

Pour autant, à titre dérogatoire, les fonctionnaires et agents non titulaires peuvent être autorisés à effectuer un cumul d'activité sous réserve d'un accord express de l'administration. Pour ce faire, l'agent doit obligatoirement présenter une demande d'autorisation de cumul d'activité, en mettant en copie son supérieur hiérarchique direct, à l'attention du Directeur

L'absence de réponse de l'administration vaut rejet de la demande.

Si l'agent exerce une activité privée lucrative sans autorisation, il peut faire l'objet de sanctions disciplinaires, et être conduit à reverser les sommes perçues au titre de l'activité interdite.

ARTICLES L.123-1 A L.123-10 DU CODE GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

10. L'interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces

Il est interdit aux personnels de l'HIHL de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale.

Cette interdiction générale ne concerne pas les actions de santé publique, dès lors que ces avantages matériels, prévus par convention, restent accessoires par rapport à l'objet de l'action et qu'ils ne sont pas étendus à des personnes autres que celles participant à l'action de santé publique.

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

La seule exception à cette interdiction concerne les professionnels de l'HIHL dont les statuts, précisés par les dispositions juridiques en vigueur, prévoient expressément la possibilité de bénéficier d'avantages en nature.

ARTICLES L.1453-3 A L.1453-6 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

11. L'interdiction de tout avantage ou contreparties directes

Aucune somme d'argent ne peut être versée aux personnels par les usagers ou leurs proches, soit à titre de gratification, soit à titre de dépôt.

Il est interdit au personnel de l'HIHL de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale.

Cette interdiction générale ne concerne pas les activités de recherche ni d'évaluation scientifique, dès lors que ces avantages matériels, prévus par convention, restent accessoires par rapport à l'objet scientifique et professionnel et qu'ils ne sont pas étendus à des personnes autres que les professionnels directement concernés.

ARTICLES L.4113-6 ; R.1112-51 du CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ARTICLE 432-11 du CODE PÉNAL

12. L'identifiant des professionnels

Les agents en contact avec les personnes hospitalisées ou le public portent en évidence, pendant l'exécution de leur service, tout moyen d'identification précisant leur nom, leur prénom et leur qualité sur les tenues de travail.

Les personnels hospitaliers doivent ainsi porter en toute circonstance leur carte professionnelle.

Le personnel doit également se présenter oralement à l'usager qu'il est appelé à rencontrer dans le cadre de ses missions.

Dans les locaux administratifs, les noms des agents et leurs fonctions sont affichés à l'entrée des bureaux et ces derniers doivent être identifiés avec un badge précisant l'identité et la fonction.

ARTICLE R.1112-42 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

13. L'utilisation du système d'information et des réseaux sociaux

Comme indiqué dans la charte informatique signée lors de la signature du contrat initial, l'utilisation des moyens informatiques de l'HIHL mis à disposition d'un agent public dans le cadre de la relation de travail est limitée au strict cadre et aux seuls besoins de l'activité professionnelle et ne peut comporter que subsidiairement des informations relevant de l'intimité de la vie privée dans les conditions précisées ci-après.

a. L'utilisation des réseaux sociaux

L'utilisation des réseaux doit être faite avec prudence, dans le strict respect du secret professionnel, de la discrétion professionnelle et du devoir de réserve. Les réseaux sociaux ne peuvent être utilisés pour discriminer ou tenir des propos diffamatoires à l'encontre de l'HIHL, d'un autre agent, d'un usager ou famille.

L'usage des réseaux sociaux ne peut porter atteinte au droit à l'image d'une personne.

Ces obligations survivent même après la rupture du lien d'emploi.

b. L'utilisation d'Internet

L'utilisateur doit naviguer prudemment sur Internet (l'accès à des sites susceptibles d'être infectés par des virus, la tentative de téléchargement de logiciels autrement que par le biais d'un contrôle et d'une demande d'installation de ceux-ci au responsable du Système d'Information, la tentative d'accès à des sites à contenus pornographiques, la tentative d'accès à des sites par le biais de liens publicitaires ... sont rigoureusement proscrits) et alerter immédiatement le service informatique en cas de suspicion de virus informatique. L'utilisation d'Internet doit s'exercer dans un cadre professionnel au sein de l'HIHL.

c. L'utilisation de la messagerie professionnelle

La messagerie doit être considérée comme un outil de dialogue, strictement professionnel.

Les agents de l'HIHL doivent utiliser les moyens mis à leur disposition dans un cadre professionnel. L'usage des réseaux sociaux, d'Internet ou de la messagerie à des fins personnelles et durant les horaires de travail n'est pas autorisé.

Les agents de l'HIHL doivent également respecter la Charte de l'Utilisateur pour l'usage du système d'information de l'HIHL qui détaille l'ensemble des règles à respecter en matière d'utilisation des systèmes d'informations et d'usage des réseaux sociaux.

Voir Annexe 20 : Charte de l'utilisateur pour l'usage du système d'information de l'HIHL

**ARTICLE 9 DU CODE CIVIL
ARTICLES 226-1 ET 226-2 DU CODE PENAL
ARTICLES 29 ET 31 DE LA LOI DU 29 JUILLET 1881**

14. Usage du téléphone portable

L'utilisation du téléphone portable à des fins personnelles au sein de l'HIHL est autorisée mais limitée et encadrée afin de ne pas perturber les usagers et éviter les interruptions de tâches. Ainsi, il est interdit d'utiliser son téléphone portable à des fins personnelles en dehors de la salle de pause ou de tout espace aménagé à cet effet.

Après chaque manipulation, il est nécessaire de se frictionner les mains avec un produit hydro alcoolique avant de reprendre son activité. Il en est de même pour les DECT.

15. Respect de la charte graphique

Le personnel doit respecter la charte graphique de l'établissement pour tout document administratif ou tout support d'information institutionnel afin de garantir la qualité de l'image de l'HIHL.

Voir Annexe 21 : Charte graphique de l'HIHL



16. Affichage

L'affichage est interdit à l'HIHL en dehors des supports prévus à cet effet. L'exercice du droit d'affichage syndical est garanti par le Directeur sur les supports d'information obligatoires, de libre accès syndical installés sur les sites.

L'affichage institutionnel est strictement limité à la signalétique, aux plans de repérage et de localisation, à la sécurité incendie et à la vidéo protection ou autre obligation légale.

Il est interdit d'accrocher affiches et documents sur les murs, dans les circulations, les ascenseurs, les services. La dépose de tracts sur les véhicules et les parkings n'est pas autorisée.

Le non-respect de ces obligations est sanctionné par le retrait immédiat de ces affiches.

P. Les droits et garanties du personnel

1. Liberté de conscience et d'opinion

Les agents de l'établissement sont libres de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques et religieuses. Cette liberté est garantie dans le cadre des lois, règlements et règles statutaires.

La liberté d'opinion est garantie dans la limite du devoir de réserve et de l'obligation de discrétion professionnelle qui incombe à tout agent de l'HIHL.

ARTICLE 34 DU PRÉAMBULE DE LA CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
ARTICLE 5 DU PRÉAMBULE DE LA CONSTITUTION DU 27 OCTOBRE 1946
ARTICLES L. 111-1, L. 111-2, L. 131-1 A L. 131-13 DU CODE GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE
CIRCULAIRE DU PREMIER MINISTRE N°5209/SG DU 13 AVRIL 2007 RELATIVE À LA CHARTE DE LA LAÏCITÉ DANS LES SERVICES PUBLICS

2. Droit à l'expression directe et collective

Un droit à l'expression directe et collective est reconnu à l'ensemble des personnels de l'HIHL. Les membres des organisations syndicales représentatives du personnel peuvent tenir des réunions et disposer d'autorisations spéciales d'absence.

ARTICLES L.211-1 A L.211-4 DU CODE GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

3. Droit de grève

Le droit de grève est reconnu à l'ensemble du personnel, fonctionnaires et agents non titulaires.

Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent.

La mission de service public à laquelle l'HIHL doit en toute circonstance répondre, justifie, en cas de grève, le recours au service minimum.

Conformément à la réglementation en vigueur, le Directeur de l'établissement organise le service minimum et peut assigner des agents indispensables à son bon fonctionnement.

ARTICLES L.114-1 A L.114-10 DU CODE GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

4. Droit syndical

Le droit syndical est garanti à l'ensemble du personnel de l'établissement 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 personnel de l'HIHL bénéficient d'autorisations spéciales d'absence ou de décharges d'activité dans le cadre de la législation applicable.

Le Directeur garantit le libre exercice du droit syndical, sous réserve des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis de l'usager.

ARTICLES L.113-1 ET L.211-1 A L.211-4 DU CODE GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

5. Egalité de traitement et principe de non-discrimination

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les personnels en raison de leur sexe, 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 de leur apparence vraie ou supposées à une ethnie.

Toutefois des distinctions, validées par le médecin du travail, peuvent être faites afin de tenir compte d'éventuelles inaptitudes physiques à exercer certaines fonctions.

Aucune mesure concernant notamment le recrutement, la titularisation, la formation, la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et la mutation ne peut être prise à l'égard d'un fonctionnaire en prenant en considération :

- Le fait qu'il a subi ou refusé de subir des agissements contraires aux principes énoncés ci-dessus ;
- Le fait qu'il a formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire respecter ces principes ;
- Ou bien le fait qu'il a témoigné d'agissements contraires à ces principes ou qu'il les a relatés.

L'HIHL garantit aux deux sexes une égalité totale au niveau du recrutement, de l'avancement de carrière et de la rémunération.



6. La protection contre le harcèlement moral ou sexuel

Aucun membre du personnel ne doit se voir imposer, de façon répétée, des propos ou comportements ayant pour objet ou pour effet de dégrader ses conditions de travail, de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale, de compromettre son avenir professionnel.

Aucun membre du personnel ne doit se voir imposer, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle ou sexiste ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, ou de créer à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante. Aucun membre du personnel, même de manière non répétée, ne doit subir de pression grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers.

Aucune discrimination ne peut être faite concernant le recrutement, la titularisation, la formation ou la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et aucune mutation ne peut être décidée à l'égard du fonctionnaire en prenant en considération :

- Le fait qu'il a subi ou refusé de subir des agissements contraires aux principes énoncés ci-dessus ;
- Le fait qu'il a formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire respecter ces principes ;
- Le fait qu'il a témoigné d'agissements contraires à ces principes ou qu'il les a relatés.

Est passible d'une sanction disciplinaire tout agent ayant procédé ou ayant enjoint de procéder aux agissements définis ci-dessus.

L'HIHL assure la protection fonctionnelle de ses agents qui seraient victimes de harcèlement moral et sexuel.

7. La protection fonctionnelle

L'HIHL protège l'ensemble de son personnel contre les menaces, violences, voies de fait, injures, agissements constitutifs de harcèlement, diffamations ou outrages dont il pourrait être victime lors de l'exercice de ses fonctions.

Dans ce cadre et sous réserve du respect des dispositions législatives et réglementaires applicables, la protection fonctionnelle peut être accordée au fonctionnaire (stagiaire ou titulaire) ou ancien fonctionnaire, et à l'agent contractuel ou ancien agent contractuel employé par l'HIHL.

En outre, l'agent public bénéficie de la protection fonctionnelle s'il est poursuivi en justice par un tiers pour une faute de service commise dans l'exercice de ses fonctions (à condition qu'il n'ait commis aucune faute personnelle).

L'HIHL doit lui apporter une assistance juridique et, le cas échéant, couvrir les condamnations civiles prononcées contre lui. La protection fonctionnelle se traduit notamment par la prise en charge des honoraires d'avocat mis à sa disposition pour le représenter et faire valoir ses droits en justice.

Un dispositif de prise en charge des agents victime de violence est en parallèle organisé au sein de l'HIHL : les agents peuvent bénéficier, en en formulant la demande auprès de la Direction des ressources humaines, d'un accompagnement psychologique pris en charge par l'HIHL.

La demande de protection fonctionnelle doit être formulée par l'agent par écrit et transmise auprès de sa hiérarchie laquelle la transmettra à la direction des ressources humaines, un rapport circonstancié relatant les faits et joint à la demande.

ARTICLES L. 134-1 A L. 134-12 DU CODE GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

8. Le droit de retrait

L'agent dispose du droit de se retirer d'une situation de travail, dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, à condition que cela ne crée pas pour autrui une nouvelle situation de danger. L'agent alerte alors immédiatement sa hiérarchie oralement ou par écrit, il dispose alors du droit de se retirer de certaines tâches ou du lieu de travail, ce qui ne signifie pas nécessairement l'arrêt de tout travail effectif.

Il reste néanmoins à disposition de l'administration qui procède immédiatement à une enquête pour constater la réalité de cette situation de danger et prend les dispositions nécessaires pour faire cesser ce danger. L'agent ne peut quitter l'établissement sans autorisation préalable.

ARTICLE L.4131-1 DU CODE DU TRAVAIL

9. Le droit à la formation professionnelle

Les personnels peuvent accéder à des formations d'adaptation, de recyclage, de perfectionnement, de reconversion et de promotion.

L'HIHL élabore chaque année un plan de formation pour ses agents, en vue notamment de maintenir, de parfaire ou d'adapter leurs compétences au cours de leur carrière. En s'appuyant sur le projet d'établissement, ce plan de formation vise à

répondre aux besoins de perfectionnement et d'évolution des services et aux nécessités de formation et de promotion interne.

LOI N°2016-41 DU 26 JANVIER 2016 DITE « LOI DE MODERNISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ »
ARTICLES L4021-1 À L4021-8 ; R4021-1 À R4021-8 ET R4133-2 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
DÉCRET N° 2008-824 DU 21 AOÛT 2008 RELATIF À LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET CIRCULAIRE D'APPLICATION DU
22 JUIN 2009
DÉCRET N° 2011-2116 DU 30 DÉCEMBRE 2011 RELATIF AU DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU DES MÉDECINS
DÉCRET N°2011-2113 DU 30 DÉCEMBRE 2011 RELATIF À L'ORGANISME GESTIONNAIRE DU DÉVELOPPEMENT
PROFESSIONNEL CONTINU
DÉCRET N°2013-35 DU 11 JANVIER 2013 RELATIF À LA COMMISSION SCIENTIFIQUE INDÉPENDANTE DES MÉDECINS
ARTICLE L.115-4 DU CODE GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

10. Le droit d'accès au dossier administratif

Un dossier administratif individuel est constitué dès la prise de fonction de tout agent hospitalier (titulaire, stagiaire ou contractuel). Ce dossier comprend l'ensemble des éléments en lien avec la situation administrative de l'agent. Toutes les décisions portant sur la carrière du personnel sont versées dans son dossier détenu par le service des ressources humaines.

En cas de mutation ou de changement d'établissement, le dossier administratif est transmis au nouvel établissement.

Chaque agent peut demander la communication de tout ou partie de son dossier administratif selon les modalités de son choix, dans la limite des possibilités techniques de l'administration :

- Soit par consultation sur place en présence d'un gestionnaire ;
- Soit par délivrance d'une copie papier ;
- Soit par délivrance d'une copie électronique transmise par courriel.

L'administration dispose d'un délai d'un mois suivant la réception de la demande pour communiquer les documents.

Le dossier individuel de carrière est un outil de gestion des ressources humaines mais il constitue également un garant des droits des agents.

ARTICLES L. 137-1 A L.137-4 DU CODE GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

11. Le droit à la déconnexion

Le droit à la déconnexion doit être concilié avec la continuité du service public (assurée 24h/24, 365 jours /an) et le rôle de recours de l'HIHL dans certaines situations.

Il s'agit du droit pour tout agent de ne pas être connecté à ses outils numériques et ne pas répondre à une sollicitation professionnelle exprimée par voie numérique, en dehors de ses horaires normaux de travail ou sur ses temps de repos, et hors situation de nécessité d'urgence ou de nécessité absolue, sans que cela lui soit reproché ou que cela puisse avoir un impact sur son évolution professionnelle.

Concernant l'usage de la messagerie électronique professionnelle, aucun agent n'est tenu de prendre connaissance des courriels ou d'y répondre en dehors de son temps de travail effectif et de sa position d'activité. Concernant l'usage des applications et logiciels qui permettent une connexion personnelle à domicile, il ne peut pas, en dehors du cadre institutionnel des astreintes et d'une éventuelle situation de télétravail, être imposé aux agents en dehors de leurs horaires de travail.

LOI N°2019-828 DU 6 AOUT 2019 PORTANT TRANSFORMATION DE LA FONCTION PUBLIQUE
L'ACCORD RELATIVE A LA MISE EN OEUVRE DU TELETRAVAIL DANS LA FONCTION PUBLIQUE DU 13 JUILLET 2021

12. La prévention des risques professionnels, la qualité de vie au travail et la politique sociale

a. L'attention portée à la prévention des risques professionnels

L'HIHL a mis en place différents dispositifs dédiés à la prévention des risques professionnels et à la promotion de la qualité de vie au travail, permettant de mobiliser les acteurs concernés par ces questions ainsi que des moyens dédiés à ces éléments essentiels de promotion du bien-être au travail.

En gestion des risques, lorsque l'on parle de risques professionnels, le document unique ou l'évaluation des risques y sont toujours associés.

L'évaluation des risques professionnels à l'HIHL est organisée en quatre étapes et aboutit, comme le prévoit la réglementation, à la transcription des résultats dans le document unique d'évaluation des risques (DUERP).

Le DUERP est constitué d'une liste de risques potentiels (ou risques a priori) par unité de travail. Les risques ont été préalablement évalués sur leur critère de fréquence et de gravité, voire sur leur critère de niveau de maîtrise. Ainsi évalués, on obtient une hiérarchisation des risques par unité de travail, ce qui peut servir de base pour un plan d'action (ou programme de prévention), appelé PAPRI Pact.

Les risques doivent être réévalués chaque année, ce qui permet un comparatif des résultats d'une année sur l'autre. Le document unique est ainsi mis à jour régulièrement.

DIRECTIVE CEE N° 89-391 DU 12 JUIN 1989

ARTICLE L. 230-2 DU CODE DU TRAVAIL

ARTICLE R. 230-1 DU CODE DU TRAVAIL ET SON DECRET 2001-1016 DU 5 NOVEMBRE 2001

CIRCULAIRE N° 6 DRT DU 18 AVRIL 2002

ARTICLE L4121-3-1 DU CODE DU TRAVAIL MODIFIE PAR LA LOI N° 2021-1018 DU 2 AOUT 2021 ARTICLE 3

b. Le Service de Santé au travail

Un service de santé au travail chargé des actions de santé au travail (visites médicales, conditions de travail, etc...) est organisé dans l'établissement. Tout agent public de l'établissement bénéficie d'un examen médical régulier en vue de s'assurer du maintien de son aptitude au poste de travail occupé en tenant compte de la nature du poste et de la catégorie de l'agent. Chaque professionnel peut également bénéficier d'un examen médical par le service de santé au travail à sa demande. Le service de santé au travail est enfin associé aux différents dispositifs mis en œuvre pour



prévenir les risques professionnels et améliorer la qualité de vie au travail des professionnels de l'HIHL.

c. L'accueil du nouvel arrivant au sein de l'HIHL

Tout agent nouvellement nommé dans l'établissement, installé récemment ou très prochainement dans ses fonctions, a le droit de recevoir une information relative à l'organisation, aux activités, aux instances représentatives et spécialisées, et plus généralement, au mode de fonctionnement l'établissement. Il doit être informé des droits et services auxquels il peut prétendre et des devoirs qui lui incombent au titre d'agent de l'établissement.

Des journées d'accueil ou de sensibilisation peuvent être déployées au sein de l'établissement afin de permettre aux agents de découvrir les métiers et carrières de la Fonction Publique Hospitalière et de se familiariser avec le fonctionnement des établissements.

Le livret d'accueil du personnel ainsi qu'un support « Coup de Pouce » (pour les services de soins) permettent de compléter les informations données en séance.

d. Les services à disposition du personnel de l'HIHL

La restauration sur place

Les agents ont la possibilité de prendre leur repas au sein de l'établissement dans un local dédié sur chaque site géographique. Les modalités de commande de repas peuvent néanmoins varier, il est nécessaire de se rapprocher du service de restauration pour les connaître au moment du besoin.

Les agents qui mangent leur repas au sein de l'HIHL doivent obligatoirement le prendre au sein du self de l'établissement mais en aucun cas dans les bureaux, salles de soins ou vestiaires.

La blanchisserie

La fourniture aux personnels de leurs tenues de travail réglementaires, l'entretien et le remplacement de celles-ci sont assurés par l'établissement.

Le vestiaire

Un vestiaire est mis à la disposition de chaque agent soumis à l'obligation de port d'une tenue de travail qui peut y déposer ses effets et objets personnels. L'établissement dégage toute responsabilité en cas de vol, de perte ou de dégradation de ces effets et objets.

Il est recommandé au personnel de sécuriser son vestiaire à l'aide d'un cadenas.

Les dispositifs d'aides aux transports domicile-travail et stationnement

Comme employeur, l'HIHL participe suivant la réglementation aux frais de transports collectifs utilisés par le personnel de l'HIHL dans leurs trajets domicile-travail sur demande et sur présentation de justificatifs, dans les conditions prévues par la

réglementation en vigueur. Des stationnements sont également mis à disposition des agents, sous conditions et en fonction de critères de priorité établis par l'établissement et des places disponibles. Par ailleurs, l'établissement propose au personnel de l'HIHL des espaces dédiés pour les vélos.

L'établissement dégage toute responsabilité en cas de vol, de perte ou de dégradation de tout type de véhicule personnel.

Chapitre 5 - DISPOSITIONS RELATIVES A LA SECURITE ET A L'ENVIRONNEMENT

A. Dispositions générales relatives à la sécurité

1. L'opposabilité des règles de sécurité

Les règles de sécurité ont pour objectif de prévenir et de limiter les risques, accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des soins et d'assurer la protection des personnes (usagers et personnels) et des biens, ainsi que le calme et la tranquillité des usagers.

Les règles de sécurité résultent de la police administrative générale qui vise à assurer le bon ordre, la sécurité et l'hygiène publique et de polices administratives spéciales telle que celles régissant la protection de l'environnement ou les établissements recevant du public.

Le Directeur édicte, en vertu de son pouvoir de police, des règles par voie de notes et instructions de service, dans le respect des lois et règlements en vigueur. Il veille au respect des règles de sécurité et de fonctionnement de l'hôpital.

Ces règles visent à éviter et pallier les conséquences des accidents dus à des défaillances techniques, à des défaillances humaines ou à des facteurs naturels.

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

Les règles de sécurité sont opposables à toute personne présente sur le site hospitalier. Elle doit respecter les indications ou consignes qui lui sont données et, le cas échéant, obéir aux injonctions du Directeur, de son représentant, et des personnels habilités.

ARTICLE L.6143-7 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

2. Matériels et dispositifs de sécurité

L'installation de matériels de télésurveillance, de vidéosurveillance, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique se fait dans le cadre de la législation applicable en matière de sécurité et des règles édictées par le Règlement Général sur la Protection des Données et la Loi Informatiques et Libertés. Elle doit également respecter le plan préalablement soumis par le Directeur aux instances représentatives compétentes de l'HIHL.

Le fonctionnement de ces installations respecte le secret médical, l'intimité et la dignité des usagers et le droit à la vie privée des visiteurs et du personnel. L'utilisation et la conservation des images sont suivies dans le cadre de la politique de sécurisation d'établissement. Le mode opérationnel du système de vidéo protection est soumis à l'autorisation d'exploitation préfectorale.

Seules les personnes habilitées dans le cadre de leurs fonctions peuvent visionner les images enregistrées. Les personnes concernées (personnels et visiteurs) sont informées, au moyen d'un panneau affiché de façon visible dans les locaux sous vidéoprotection de l'existence du dispositif, du nom de son responsable et de la procédure à suivre pour demander l'accès aux enregistrements visuels les concernant.

LOI N°78-17 DU 6 JANVIER 1978 MODIFIÉE SUR L'INFORMATIQUE, LES FICHIERS ET LES LIBERTÉS MODIFIÉE
RÈGLEMENT GÉNÉRAL SUR LA PROTECTION DES DONNÉES (RGPD - RÈGLEMENT (UE) 2016/679)
LOI N° 83-629 DU 12 JUILLET 1983 RÉGLEMENTANT LES ACTIVITÉS PRIVÉES DE SÉCURITÉ
LOI N°95-73 DU 21 JANVIER 1995 (ARTICLE 10) D'ORIENTATION ET DE PROGRAMMATION RELATIVE À LA SÉCURITÉ
ARTICLE 226-16 A 22-20 DU CODE PÉNAL
ARTICLE 7 DU CODE DE PROCÉDURE PÉNALE
ARTICLES L.223-1, L.251-1 ET L.252-1 DU CODE DE LA SÉCURITÉ INTÉRIEURE

3. Liens de coopérations avec les autorités judiciaires, les forces de l'ordre et la Préfecture

Le Directeur informe sans délai le Procureur de la République des crimes et délits qui sont portés à sa connaissance dans l'exercice de ses fonctions. Il avise l'officier de police judiciaire territorialement compétent en cas de mort violente ou suspecte. D'une manière générale, il s'assure que les indices utiles à la manifestation de la vérité sont préservés.

Un protocole d'accord a été signé entre l'HIHL et la gendarmerie. Ce protocole prévoit les modalités de coopération, et prévoit des procédures à destination des professionnels de santé pour les dossiers nécessitant le recours aux forces de l'ordre.

L'HIHL vise également à travailler dans une démarche de coopération accrue avec l'ensemble des acteurs institutionnels : la Gendarmerie, la Justice et la Préfecture, afin d'assurer la sécurité des patients, résidents, visiteurs et professionnels de santé de l'HIHL, ainsi que la sécurité des biens de l'HIHL.

4. Les témoignages en justice des professionnels de l'HIHL

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

5. Le Plan Vigipirate

Le Directeur est responsable de la déclinaison au sein de l'HIHL de la posture Vigipirate. Il l'exécute par voie de prescriptions générales ou de consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service hospitalier, dans le respect des lois, des principes généraux du droit et des règlements. Ces mesures sont destinées

à développer une culture de la sécurité, déployer un système de niveaux qui renforce la capacité de réponse de l'HIHL en application du volet santé du plan Vigipirate et à mettre en œuvre des mesures renforçant l'action gouvernementale dans la lutte contre le terrorisme et la radicalisation.

Les mesures particulières sont conformes à l'actualisation semestrielle de la posture Vigipirate déclinée en 3 niveaux. Ces mesures sont applicables à toutes personnes présentes sur les sites de l'HIHL et font l'objet d'une nomenclature spécifique.

6. Le Plan de sécurisation de l'HIHL

Le plan de sécurisation d'établissement (PSE) définit la politique et l'organisation globale pour sécuriser l'établissement.

B. Les règles de sécurité générale

1. La Sécurité des Personnes

La sécurité des personnes vise la protection de l'intégrité physique des usagers, des personnels et des tiers présents dans l'enceinte de l'HIHL. L'ensemble des dispositions de sécurité générale et de fonctionnement spécifique a vocation à y concourir.

L'HIHL est particulièrement attaché à la sécurité de ses usagers, visiteurs et professionnels de santé, et est en relation étroite avec les autorités judiciaires et les forces de l'ordre pour garantir celle-ci.

L'HIHL veille à signaler aux autorités compétentes toute menaces physiques ou verbales, de même que les agressions à l'encontre de ses usagers, visiteurs et professionnels de santé.

2. La Sécurité des Biens

La sécurité des biens vise la protection des biens des usagers et du patrimoine mobilier et immobilier de l'HIHL. Les biens de la personne hospitalisée ou hébergée peuvent faire l'objet d'un dépôt selon la procédure décrite dans le présent règlement intérieur.

Tout membre du personnel doit veiller à conserver en bon état les locaux, les matériels, les effets et objets de toute nature mis à disposition par l'HIHL. Les personnels des établissements de santé sont également invités à maintenir fermés les locaux pour lesquels il est prévu une clé. Toute dégradation volontaire ou incurie caractérisée peut entraîner le remboursement par l'agent des dégâts causés.

Chaque membre du personnel est responsable de ses effets et biens personnels. Tout vol, toute perte, toute dégradation de valeurs, d'objets divers, d'argent, ne peut entraîner la mise en cause de la responsabilité de l'établissement de santé.

Les dégradations volontaires feront l'objet de poursuites systématiques par l'HIHL, en lien avec les autorités compétentes.

3. Dispositions Générales relatives à l'accès à l'HIHL

L'accès dans l'enceinte et dans les locaux de l'HIHL est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, visiteurs, les sociétés partenaires accréditées et à ceux qui y sont appelés en raison de leurs fonctions ou de leur cursus de formation.

Les conditions matérielles de l'accès aux sites, parcs de stationnement, bâtiments et services de ces catégories de personnes sont organisées par le Directeur. Pour préserver l'intérêt général, il peut être amené à prendre les mesures restrictives provisoires ou permanentes qui lui semblent nécessaires et adaptées. Il peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux. Ces limitations ou interdictions d'accès doivent être clairement affichées.

L'accès de toute personne n'appartenant pas à une de ces catégories est subordonné à l'autorisation du Directeur ou de son représentant. Il veille également à ce que les tiers dont la présence au sein de l'HIHL n'est pas justifiée soient signalés, invités à quitter les lieux et, au besoin, reconduits à la sortie. Au besoin et, en cas de difficultés, il sera fait appel aux forces de l'ordre.

Chacun est tenu de respecter les règles d'accès, de circulation, de stationnement, de personnes ou de véhicules, qu'elles soient générales ou particulières, et d'appliquer sans délai les consignes données par le Directeur, sous peine de sanction et/ou poursuite. Les dégradations volontaires feront l'objet de poursuites systématiques en lien avec les autorités compétentes (Cf article du RI - la sécurité des biens).

En cas de circonstances exceptionnelles, le Directeur peut décider de mettre en œuvre certaines mesures de contrôle, comme l'ouverture par leurs porteurs, des sacs, bagages, sachets et paquets. Elle peut décider de refuser l'accès à l'établissement à toute personne qui refuserait de se prêter à ces contrôles (Cf article du RI – personnels chargés de la sûreté et de la sécurité).

4. Dispositions Spécifiques relatives à l'accès à l'HIHL

a. L'accès des associations conventionnées

Les associations doivent veiller à ce que leurs activités au sein de l'HIHL ne portent pas atteinte au bon fonctionnement du service public hospitalier et à veiller au respect, par leurs bénévoles et/ou salariés, des règlements en vigueur à l'HIHL.

Une association qui fait du prosélytisme religieux ou commercial ou porte atteinte au bon fonctionnement du service public hospitalier par son action ou par celle de l'un ou de plusieurs de ses membres pourra se voir refuser l'accès à l'HIHL, et l'HIHL pourra

mettre fin à la collaboration avec une association ne respectant pas les règlements en vigueur à l'HIHL, et/ou les dispositions juridiques applicables en vigueur.

b. L'accès des bénévoles agissant pour le compte des associations

L'HIHL facilite l'intervention des associations de bénévoles qui peuvent apporter un soutien à l'usager et à sa famille, à la demande ou avec l'accord de ceux-ci, ou développer des activités à leur intention, dans le respect des règles de fonctionnement de l'HIHL et des activités médicales et paramédicales. Le responsable de la structure médicale concernée peut s'opposer à des visites ou des activités de ces associations pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation de la structure médicale.

Les personnes bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin à caractère médical ou paramédical. Les bénévoles ne peuvent en aucun cas effectuer des actions de prosélytisme, notamment religieux ou commercial. Un bénévole qui porte atteinte au bon fonctionnement du service public hospitalier, aux impératifs de neutralité et de laïcité du service public hospitalier, ou qui refuserait de respecter les règles sanitaires en vigueur pourra se voir refuser l'accès à l'HIHL.

c. L'accès aux stagiaires extérieurs

Les stages organisés pour les étudiants et professionnels doivent faire l'objet d'une convention entre l'HIHL et l'organisme dont dépend le stagiaire. Les stagiaires sont tenus de respecter les dispositions du présent règlement intérieur sous la conduite de la personne responsable de leur stage.

Le stagiaire qui porte atteinte au bon fonctionnement du service public hospitalier, aux impératifs de neutralité et de laïcité du service public hospitalier, ou qui refuserait de respecter les règles sanitaires en vigueur pourra se voir refuser l'accès à l'HIHL.

d. L'accès des professionnels de la presse

Par défaut l'accès des professionnels de la presse, des sociétés de production et des artistes est interdit dans l'enceinte de l'HIHL. Il est conditionné à une autorisation écrite de la Direction Générale, selon la portée du sujet, donnée après avis du responsable de la structure médicale concernée.

L'accès des professionnels de la presse, des sociétés de production, des artistes ou de tout tiers captant, enregistrant ou fixant les paroles ou l'image d'un usager est subordonné au consentement libre et éclairé de ce dernier.

Pour les majeurs protégés, l'accord du tuteur est nécessaire, avec l'autorisation du juge au besoin s'il y a une atteinte grave à l'intimité de la personne.

Ce consentement doit être recueilli par écrit par l'intervenant concerné et versé au dossier de l'usager.

Les paroles et images des usagers sont enregistrées sous l'entière responsabilité des personnes procédant à leur capture, à leur enregistrement ou à leur transmission. L'HIHL ne saurait en aucune manière être appelé en garantie en cas de litige consécutif à leur utilisation.

e. L'accès des prestataires extérieurs

La question des accès des prestataires extérieurs doit être prévue en amont de leur intervention et dès la rédaction du cahier des charges du marché. Les conditions d'accès à leur lieu d'intervention doivent être précisées de façon adaptée à leur champ d'activité et suivies par le responsable du marché ou de la direction impliquée. Aucun prestataire ne peut se voir confier tout moyen d'accès sans aucun contrôle préalable et une organisation adaptée garantissant le respect des règles de l'HIHL tout en permettant au prestataire de réaliser ses missions. Les référents HIHL de chaque prestataire sont garants du respect des règles et usages de chaque employé du prestataire. Ils auront la responsabilité de tous les moyens et outils mis à la disposition du prestataire.

Le prestataire extérieur qui porte atteinte au bon fonctionnement du service public hospitalier, aux impératifs de neutralité et de laïcité du service public hospitalier, ou qui refuserait de respecter les règles sanitaires en vigueur pourra se voir refuser l'accès à l'HIHL.

f. L'accès des visiteurs médicaux et des personnes exerçant des métiers de promotion des produits de santé

Les agents commerciaux et visiteurs médicaux agissant au nom d'entreprises produisant ou commercialisant des produits de santé ne sont pas autorisés à rencontrer les professionnels dans les zones de soins et de consultations ainsi que les étudiants au sein de l'HIHL.

Des autorisations dérogatoires peuvent être délivrées à des fins non commerciales dans le cadre de protocoles de recherche ou lorsque seul l'industriel dispose de la connaissance nécessaire, par exemple dans le cas d'une formation sur des appareils ou des équipements spécifiques. L'accès de ces agents commerciaux et des visiteurs médicaux s'effectue uniquement dans le cadre de visites collectives ayant lieu devant plusieurs professionnels de santé, dans des conditions définies par une convention conclue entre l'HIHL et l'employeur de la personne concernée.

Les visiteurs médicaux doivent être identifiables. En cas de non-respect de ces dispositions, le Directeur ou son représentant peut prononcer une interdiction d'accès à l'HIHL du visiteur médical ou de l'entreprise qu'il représente.

g. L'interdiction d'accès à toute personne non autorisée

L'accès au sein de l'HIHL des démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs est interdit, sauf autorisation spécifique. S'ils pénètrent, sans autorisation écrite du Directeur, dans les chambres et locaux hospitaliers dans l'intention d'y exercer leur activité, ils doivent être immédiatement exclus.

Aucune enquête notamment téléphonique ne peut être menée auprès des usagers sans l'accord du Directeur de l'HIHL. Les usagers ne peuvent en aucun cas être tenus d'y répondre. De plus, toute personne non autorisée, dès lors qu'elle n'a pas le statut d'utilisateur du service public hospitalier ou de visiteur, ne peut s'introduire dans les services de l'HIHL sans avoir au préalable sollicité l'autorisation du Directeur ou son représentant.

5. L'interdiction de dissimulation du visage

Nul ne peut, dans l'espace public, porter une tenue destinée à dissimuler son visage. L'espace public est constitué de voies publiques ainsi que de lieux ouverts au public ou affectés à un service public. Par conséquent sont interdites à toute personne présente sur les sites de l'HIHL, les tenues destinées à dissimuler son visage (cagoule, voile, casque...) et à rendre impossible son identification. Cette mesure participe à la prévention des risques liés à l'identitovigilance.

L'interdiction ne s'applique pas si la tenue est prescrite ou autorisée par des dispositions législatives ou réglementaires ou si elle est justifiée par des raisons de santé ou des motifs professionnels.

L'accès à l'établissement peut être refusé à toute personne dont le visage est dissimulé, sauf dans les situations particulières d'urgence médicale.

Les agents de l'établissement invitent les personnes concernées à découvrir leur visage. En cas de refus, il sera fait appel immédiatement aux forces de l'ordre, et un signalement pourra être effectué auprès des autorités judiciaires.

**LOI N°2010-1192 DU 11 OCTOBRE 2010 INTERDISANT LA DISSIMULATION DU VISAGE DANS L'ESPACE PUBLIC
ARTICLE R.645-14 DU CODE PENAL**

C. Les règles relatives à l'interdiction de fumer, à l'usage du vapotage, à l'alcool et aux substances illicites

1. HIHL lieu de santé sans Tabac

L'HIHL comme acteur majeur de cette stratégie de prévention, a pour objectif de devenir « lieu de santé sans tabac ».

Cette démarche se décline autour de 3 axes :

- Améliorer la santé de l'usager fumeur en lui proposant systématiquement une démarche de sevrage tabagique pendant son séjour dans l'établissement et en faisant le lien avec son médecin traitant et avec tout professionnel de santé en charge de l'accompagner dans l'arrêt du tabac
- Aider tous les personnels fumeurs volontaires à s'engager dans une démarche d'arrêt du tabac
- Organiser les espaces de l'établissement dans une logique de promotion de la santé, afin de favoriser la non-exposition au tabac, en particulier des mineurs et des anciens fumeurs.

A ce titre, la référente désignée par le Directeur « Lieu de santé sans Tabac » met à disposition des usagers ou personnels qui souhaitent arrêter de fumer de la documentation remise régulièrement à jour.

La politique Lieu de santé sans tabac interdit dans l'enceinte de l'HIHL :

- tout parrainage ou financement de l'industrie du tabac.
- la vente, la distribution ou la promotion de produits du tabac

Voir Annexe 22 : Politique Lieu de santé sans tabac

2. L'interdiction de fumer et de vapoter

Il est interdit de fumer et de vapoter de jour comme de nuit dans l'ensemble des locaux de l'HIHL, et en dehors des espaces réservés à cet usage et signalés comme tels.

Une signalisation apparente, accompagnée d'un message sanitaire de prévention, rappelle le principe de l'interdiction de fumer et de vapoter en dehors des zones fumeurs déterminées dans le cadre de l'hôpital lieu de santé sans tabac.

Cette interdiction s'applique dans tous les secteurs d'activité, y compris en USLD et EHPAD. Elle s'applique notamment aux bureaux individuels et aux chambres des usagers, aux locaux techniques.

Des zones fumeurs identifiées extérieures sont réservées à cet usage au sein de chaque site de l'HIHL.

Il est demandé de ne pas laisser les mégots en dehors des cendriers.

Tout contrevenant s'expose à des sanctions pénales en cas de manquement à cette interdiction. Les professionnels de l'HIHL s'exposent également à des sanctions disciplinaires en cas de manquement à cette interdiction.

3. Objets et produits interdits

De manière générale, l'introduction la consommation, l'acquisition ou la cession d'alcool, d'armes, d'explosifs, de produits incendiaires, toxiques, dangereux ou tout autre produits stupéfiants est strictement interdite au sein de l'HIHL.

Il est interdit à tout agent de l'HIHL d'introduire, de distribuer à ses collègues ou de consommer des boissons alcoolisées ou des produits stupéfiants dans l'enceinte de l'HIHL. Des mesures exceptionnelles peuvent être prises par la Direction pour les moments conviviaux : vœux, vins d'honneur, célébration... lors desquels la consommation de vin, bière, cidre et poiré est prévu par le code du travail. Ces mesures doivent être justifiées et proportionnées.

En outre, il n'est en aucun cas autorisé de pénétrer ou de demeurer dans l'établissement en état d'ivresse.

En cas de découverte de produits stupéfiants, les agents procèderont à leur saisie et une fiche d'évènement indésirable sera dressée. La substance sera placée dans une enveloppe étiquetée et sera déposée dans un coffre dédié. Les objets et produits prohibés par les lois ainsi déposés sont remis aux forces de l'ordre, contre récépissé, sans indication du nom de l'usager. La direction de l'établissement est prévenue.

La détention d'armes, d'explosifs, de produits incendiaires, toxiques et dangereux est strictement interdite. En cas de découverte fortuite d'une arme, celle-ci est remise à la gendarmerie. La direction de l'établissement est informée.

Interdiction de consommation d'alcool ou de stupéfiants pour les professionnels de l'HIHL

Il est strictement interdit pour les professionnels de consommer de l'alcool, stupéfiants, sur son poste de travail. En cas de non-respect de ces dispositions, l'agent s'expose à des sanctions disciplinaires.

De plus, Il n'est en aucun cas autorisé de pénétrer ou de demeurer sur son poste de travail en état d'ivresse ou sous emprise de stupéfiants

En cas de suspicion d'alcoolémie, il peut être fait recours à un alcootest par toute personne habilitée par le Directeur de l'établissement en présence d'au moins un témoin.

En cas de suspicion de drogues, un test salivaire peut être effectué. La pratique d'un tel test et l'interprétation du résultat ne peuvent être faites que par un médecin.

D. Les règles de sécurité de fonctionnement

Les personnels de l'hôpital sont tenus d'observer strictement les règles de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service.

1. La sécurité Incendie

L'HIHL est assujéti au règlement de sécurité générale contre les risques d'incendie et de panique relatif aux établissements recevant du public et aux immeubles de grande hauteur ainsi qu'aux dispositions spécifiques relatives aux établissements de santé.

L'ensemble du personnel hospitalier est concerné par la sécurité incendie et doit œuvrer dans l'exercice de ses fonctions pour prévenir tout risque d'incendie. En cas d'incendie, le personnel est tenu de se conformer aux consignes de sécurité prévues et affichées à chaque entrée et issue de service. La formation à la sécurité incendie est une formation obligatoire dont aucun personnel ne saurait être exempté.

Le personnel hospitalier doit veiller en permanence à la vacuité des circulations et des issues de secours en évitant tout encombrement de matériel. Il est notamment interdit de maintenir en position ouverte les portes coupe-feu équipées de ferme porte. Le personnel doit veiller également à limiter le potentiel calorifique dans les locaux en évacuant régulièrement les cartons, les emballages, et matériels inutilisés.

Les plans d'établissement répertoriés des principaux sites hospitaliers sont mis à jour régulièrement en concertation avec les services d'incendie et de secours.

L'ensemble des personnels de l'HIHL est tenu de participer aux exercices pratiques de sécurité incendie qui sont organisés dans l'établissement.

**ARRETE DU 10 DECEMBRE 2004 PORTANT APPROBATION DE DISPOSITIONS COMPLETANT ET MODIFIANT LE REGLEMENT
DE SECURITE
CONTRE LES RISQUES D'INCENDIE ET DE PANIQUE DANS LES ETABLISSEMENTS RECEVANT DU PUBLIC : ERP TYPE U
ARTICLES R4141-1 A R4141-4 DU CODE DU TRAVAIL
ARTICLE R. 4228-20 DU CODE DU TRAVAIL**

2. La sécurité technique

La sécurité technique comprend, sur les différents sites, la surveillance, le suivi et le contrôle des alarmes techniques, la disponibilité permanente des groupes électrogènes, de la distribution électrique et des fluides médicaux. La continuité du service électrique vise notamment à assurer le secours de l'ensemble des appareils de maintenance et de suppléance en fonctionnement dans les services de l'HIHL. Les prises de secours, repérables à leur partie rouge, sont exclusivement affectées à cet effet et ne sauraient en aucun cas être débranchées et utilisées à d'autres fins.

Le Directeur organise la garde technique afin de faire face, en permanence, aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire

pour assurer la sécurité du fonctionnement de l'hôpital. Il désigne les agents des services techniques de l'hôpital qui assurent ces gardes.

3. La sécurité Informatique

L'établissement assure la sécurité du recueil, du traitement, de la conservation et de la transmission des données informatiques concernant ses usagers et agents, dans le respect de leurs droits et libertés, ainsi que des lois et règlements en vigueur.

L'HIHL est doté d'une politique sécurité en matière informatique. Celle-ci prévoit l'application d'une Charte utilisateur du système d'information de l'hôpital dans le but :

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

Les utilisateurs sont tenus de respecter les matériels, les logiciels et les locaux mis à leur disposition pour utiliser les ressources informatiques et d'en faire un usage strictement professionnel.

L'établissement signale sans délai à l'Agence Régionale de Santé les incidents graves de sécurité des systèmes d'information. Les incidents de sécurité jugés significatifs sont, en outre, transmis sans délai par l'Agence Régionale de Santé aux autorités compétentes de l'Etat.

LOI N°78-17 DU 6 JANVIER 1978 MODIFIEE, DITE « LOI INFORMATIQUE ET LIBERTES »

E. Les règles de circulation et stationnement

1. Nature de la voirie hospitalière

Les voies de circulation et places de stationnement des sites de l'HIHL font partie du domaine public de l'établissement.

Ces voies sont strictement réservées à la circulation des membres du personnel, des usagers, et des personnes spécialement autorisées par le Directeur.

2. Dispositions générales de stationnement et circulation

Les parcs de stationnement sont strictement réservés au personnel et aux usagers du service public hospitalier. Ils ne sont pas ouverts au public. Les dispositions du Code de la route, matérialisées par une signalisation adéquate, sont applicables. La vitesse y est limitée à 30 km/heure.

Quel que soit le véhicule utilisé, les conducteurs sont tenus de respecter les règles d'accès, de circulation et de stationnement et d'éviter les comportements générateurs de bruit.

L'usage des engins de déplacement personnel motorisés (EDPM), (trottinettes électriques etc...) est réservé aux voies de circulation, dans les conditions prévues par le Code de la Route. L'usage d'un EDPM dans les couloirs et locaux de l'HIHL est interdite.

Les voies d'approvisionnement logistique de l'hôpital constituent des flux prioritaires matérialisés. Toute gêne occasionnée sur ces trajets pourra faire l'objet d'une action appropriée par le Directeur ou son représentant et les autorités qualifiées.

Les capacités de stationnement sur le site sont limitées. La priorité est progressivement donnée à l'accueil des usagers : usagers couchés en cours d'hospitalisation, usagers de l'ambulatoire et consultants, puis professionnels de santé et visiteurs.

L'établissement peut utiliser tout moyen pour assurer la régulation et le contrôle de l'accès aux places de stationnement. Des aires de stationnement sont en outre réservées à certains personnels, aux personnes à mobilité réduite ainsi qu'aux véhicules sanitaires légers. Les personnels autorisés à se stationner sur ces aires, devront, à l'instar des titulaires de carte de stationnement pour personnes handicapées, apposer derrière leur pare-brise une autorisation de stationnement délivrée par la direction.

Les usagers des parkings (professionnels, usagers, visiteurs ...) veillent, en se stationnant, à ne pas entraver la circulation routière, les cheminements piétons.

Le stationnement est interdit en dehors des emplacements matérialisés. La circulation et le stationnement ne sauraient en rien engager la responsabilité de l'HIHL. Le Directeur ou son représentant se réservent le droit de faire appel aux forces de l'ordre, ou à la fourrière, ou de faire déplacer les véhicules dont le stationnement entraverait la circulation, mettrait en péril la sécurité des biens ou des personnes ou, de manière générale, compromettrait le fonctionnement du service public hospitalier.

Sous la responsabilité du Directeur, les personnels d'accueil des directions de site sont chargés de veiller au respect des prescriptions énoncées ci-dessus. Chacun est tenu de les appliquer sans délai, sous peine de sanction et / ou poursuite.

3. Limitation de la responsabilité de l'HIHL en matière de stationnement et de circulation

L'autorisation de circuler et de stationner ne saurait engager la responsabilité de l'HIHL notamment en cas d'accident de la circulation, de vol ou de dégradation de véhicule.

4. Sanctions au non-acquittement d'un péage routier

Dans le cadre de déplacement professionnel, un véhicule de l'établissement peut être mis à disposition des professionnels. Le non-acquittement d'un péage routier ou d'un délit routier est à la charge du conducteur et l'HIHL ne saurait être tenu pour responsable.

Chapitre 6 - DISPOSITIONS RELATIVES AU REGLEMENT INTERIEUR

A. Procédure d'adoption du règlement intérieur

Le règlement intérieur de l'établissement est arrêté par le Directeur après concertation avec le Directoire, et après avis du Conseil de Surveillance, du Comité Social d'Etablissement (CSE), de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT).

Le règlement intérieur prend effet, ainsi que les mises à jour qui lui seront apportées, à compter de la date arrêtée par le Directeur.

B. Opposabilité du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur s'impose sur l'ensemble de ses sites.

Il s'impose à l'ensemble des membres du personnels de l'HIHL, étudiants ou stagiaires intervenant au sein de l'HIHL, ainsi qu'aux usagers du service public, aux accompagnants des usagers (familles, proches, visiteurs) et à tous les intervenants extérieurs à l'HIHL dans le cadre d'une mission ponctuelle.

Le non-respect ou la violation délibérée des dispositions de ce règlement intérieur pourra donner lieu à des poursuites (pénales, civiles, ordinaires ou disciplinaires) à l'égard de son auteur.

ARTICLES L. 1112-3, L 6143-1, L 6143-7, R. 6144-1, R 6144-40 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

C. Mise à disposition et communication du règlement intérieur

1. S'agissant des usagers ou tiers

Le présent règlement intérieur est tenu à la disposition de toute personne qui le souhaite, laquelle peut le consulter en adressant sa demande à la direction générale de l'HIHL. Elle peut également le consulter sur le site internet de l'HIHL.

2. S'agissant des agents

Le règlement intérieur est à la disposition du personnel dans la base documentaire du site intranet de l'établissement.

D. Modification du règlement intérieur

Les dispositions du présent règlement intérieur sont susceptibles d'être actualisées et révisées en fonction des évolutions législatives et réglementaires. Conformément aux dispositions législatives et réglementaires applicables, le règlement intérieur mis à jour sera arrêté par le Directeur après concertation du Directoire et sera soumis pour avis à la Commission Médicale d'Etablissement, au Comité Social d'Etablissement et au Conseil de Surveillance.

Les modifications à apporter au règlement intérieur de l'HIHL sont adoptées dans la même forme et selon la même procédure que celles décrites ci-dessus.

ARTICLES L. 1112-3, L 6143-1, L 6143-7, R. 6144-1, R 6144-40 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Chapitre 7 – Annexes au règlement Intérieur

- Annexe 1 : Règlement Intérieur du Directoire
- Annexe 2 : Règlement Intérieur du Conseil de Surveillance
- Annexe 3 : Règlement Intérieur de la CME
- Annexe 4 : Règlement intérieur du CLIAS
- Annexe 5 : Règlement intérieur du CSTH
- Annexe 6 : Règlement intérieur du CLUD
- Annexe 7 : Règlement intérieur du CLAN
- Annexe 8 : Règlement Intérieur du CSE
- Annexe 9 : Règlement Intérieur de la CSIRMT
- Annexe 10 : Règlement Intérieur de la CDU
- Annexe 11 : Règlement Intérieur du CVS
- Annexe 12 : Règlement intérieur du CRE
- Annexe 13 : Charte de confiance sur le recueil et l'exploitation des événements indésirables
- Annexe 14 : Charte de gestion de l'identitovigilance
- Annexe 15 : Formalités en cas de décès à destination des familles
- Annexe 16 : Dans le cas où le décès paraît imminent
- Annexe 17 : Règlement intérieur de la chambre mortuaire
- Annexe 18 : Charte de la laïcité dans les services publics Avril 2017
- Annexe 19 : Les Chartes : Charte de la personne hospitalisée, Charte des Droits et Liberté de la personne âgée dépendante, Charte des Droits et Liberté de la personne accueillie, Charte éthique et accompagnement du grand âge
- Annexe 20 : Charte de l'utilisateur pour l'usage du système d'information de l'HIHL
- Annexe 21 : Charte graphique de l'HIHL
- Annexe 22 : Politique de Lieu de Santé Sans Tabac