



G É N É R A L E
D E • S A N T É

CONVENTION

CME / ETABLISSEMENT GENERALE DE SANTE

Une convention est établie entre :

L'établissement de soins (E.S.)= la société ()

- Etablissement du Groupe Générale de Santé
- *Description de l'établissement : statut juridique*
- *Répartition des installations et places*
- Tableau récapitulatif des autorisations, de leur point de départ et de leur durée (installations, activités, matériels)

Représenté par son Directeur M.....

et

La Conférence Médicale d'Etablissement (C.M.E.)

- Qui regroupe tous les médecins exerçant dans la clinique.

PREAMBULE / OBJET DE LA PRESENTE CONVENTION :

1) La loi du 31/07/1991 et l'article L 715-12 du code de la santé publique a attribué à la CME des missions " premières " qui sont:

- Veiller à l'indépendance professionnelle des praticiens.
- Participer à l'évaluation des soins
- Donner son avis sur la politique médicale de l'E.S.
- Elaborer des prévisions annuelles d'activité de l'E.S.

2) Depuis, les Ordonnances du 24/04/1996 et leurs décrets d'applications (annexe 1) ont imposé aux E.S. et aux C.M.E. de nouvelles obligations. Les E.S. et les C.M.E. sont devenus des partenaires obligés pour l'application et le respect de ces directives afin d'assurer la prise en charge des patients dans les conditions optimales de sécurité et de qualité. Ceci dans un but commun de pérenniser l'établissement.

3) L'E.S. appartient au groupe Générale de Santé, il s'attache au respect de la réglementation en vigueur et ce notamment en appliquant le LABEL Générale de Santé :

- Assurer la sécurité du séjour des patients.
- Offrir un accueil personnalisé et efficace.
- Apporter une Information utile et compréhensible aux patients.
- Connaître les attentes des patients pour mieux les satisfaire.
- Agir ensemble contre la douleur.

4) La C.M.E est le lieu d'un dialogue permanent entre la direction et l'équipe médicale.

5) Les partenaires de la convention s'engagent à respecter la confidentialité des informations qui peuvent leur être communiquées dans ce cadre, et notamment celles relatives aux données du projet médical, au budget, aux résultats ou au projet d'établissement.

Cette CONVENTION a pour objet de définir les bases structurelles et les axes de coopération, partenariat entre C.M.E. et E.S. . Elle comprend les chapitres suivants :

- I Organisation et structuration de la C.M.E.**
- II Le Président et le Bureau:** représentativité, conciliation.
- III C.M.E. / E.S. : planification et participation :** PME, COM, autorisations, évaluation, accréditation
- IV C.M.E. / E.S. . : production et transfert de l'information :** dossier médical, DIM, PMSI, contrôle des caisses....
- V C.M.E. / E.S. : droit des patients :** comité de conciliation, livret du patient...
- VI C.M.E. / E.S. : qualité des soins et sécurité des patients :** les vigilances : hémovigilance, pharmacovigilance, matériovigilance, CLIN , Conseil de bloc opératoire, CLUD
- VII C.M.E. / E.S. : Règlement Intérieur Médical :** coresponsable de son application et de son respect.
- VIII Respect et évolution de la présente convention.**

I - Organisation et structuration de la C.M.E. : indépendance des praticiens (annexe A1)

1- Interne :

Tous les praticiens exerçant dans la clinique sont membres de droit de la C.M.E.(annexe A1)

La C.M.E. vote des statuts et un règlement intérieur qui définissent son mode de fonctionnement. Il est recommandé qu'elle s'organise en association loi 1901 afin de lui conférer un statut juridique (personne morale). (Modèle de statut Annexe B).

La C.M.E. veille à ce que tout praticien exerçant dans l'établissement ait un contrat d'exercice signé avec la direction de l'E.S. sans préjuger de son contenu.

Un compte mandataire médecin, indépendant de la clinique, est sous la responsabilité des praticiens.

La C.M.E participe à l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles, conformément aux lois de juillet 1991 et décembre 1999, mise en œuvre par les unions professionnelles (annexe A1).

La C.M.E participe à la formation médicale continue ainsi qu'à la formation du personnel paramédical dans un souci d'amélioration de la qualité des soins.

Un comité d'éthique de l'établissement pourra être organisé.

La direction de la clinique et le Président de C.M.E s'entendent sur les moyens mis à disposition par l'établissement au bureau de la C.M.E. et nécessaires à son bon fonctionnement.

2-Externe :

La C.M.E. peut inviter : le pharmacien, le DIM, les kinésithérapeutes.....

le directeur de l'établissement est invité en début de chaque réunion de la CME pour informer la CME et débattre des sujets de l'ordre du jour concernant l'E.S..

Le Directeur de l'E.S. informe la C.M.E. sur la politique médicale de l'établissement, sur le bilan annuel, les prévisions et le suivi d'activités.

La CME se réunit au moins deux fois par an dans le cadre des réunions plénières et au moins 6 fois par an dans le cadre du bureau.

Chaque réunion fait l'objet d'un procès verbal.

Tout nouveau praticien doit être présenté à la C.M.E. (Bureau) qui, après consultation du collège de la discipline, donne un avis consultatif.

Dans le cadre des objectifs fixés par le groupe, la C.M.E. participe à la politique de ressources humaines de la clinique.

Des commissions (accréditation, procédure qualité, communication, vigilances, réseaux...) sont mises en place afin qu'une coopération étroite s'établisse entre la direction de l'E.S. et les praticiens, avec pour objectif une satisfaction optimale des patients dans leur prise en charge médicale et hôtelière.

La C.M.E. peut adhérer à la Conférence Régionale des Présidents de C.M.E. de l'Hospitalisation Privée (CRP CME HP) de sa région et de ce fait être membre de la Conférence Nationale des Présidents de C.M.E. de l'Hospitalisation Privée (CNP CME HP).

II - LE PRESIDENT - LE BUREAU de la CME:

1-Le Président:

Le Président est le représentant permanent du corps médical auprès de la Direction de l'E.S, de la Direction Régionale (ou filiale) de Générale de Santé et du Groupe Générale de Santé.

En cas de conflit grave entre le Président (la CME) et la Direction de l'E.S, une conciliation sera engagée faisant intervenir la Direction Régionale et le président de CME membre du Comité Médical et Scientifique Générale de Santé représentant la région où se situe l'établissement ou, à défaut, le Président des Présidents de CME (ou son représentant) des établissements de Générale de Santé.

Le président de la C.M.E. ou son représentant par délégation représente la CME auprès de l'E.S. et des tutelles.

Le président de la C.M.E. ou son représentant par délégation est invité à titre consultatif par le directeur de l'E.S. au conseil d'administration de la clinique, au comité de directeur de la clinique.

Le président de la C.M.E. ou son représentant par délégation participe aux réunions des présidents de C.M.E. de Générale de santé.

2 - Le Bureau:

Le Bureau soutient le Président dans son action et peut le représenter par délégation. Il représente la CME.

Des réunions régulières sont organisées entre le Bureau de la CME et la Direction de l'ES.

Le Directeur associe le Président de la CME et (ou) le Bureau à la détermination des prévisions d'activité et plus globalement à la préparation du budget.

Le Bureau de la C.M.E. est le premier organe de conciliation en cas de conflit entre praticien(s) et la direction ou entre praticiens entre eux.

En cas de litige entre praticien(s) et la direction de l'ES, le Bureau s'engage à répondre par écrit à toutes demandes écrites de la direction dans un délai d'un mois, sauf impossibilité, et ce dans le respect du code de déontologie.

Le Bureau a un rôle d'information et de coordination des praticiens au sein de l'établissement.

Le Président, le Bureau et le Directeur de l'ES font appliquer le règlement intérieur médecin dans le respect du règlement intérieur de l'établissement.

III - C.M.E./ E.S. : planification et participation : (annexe A1 & 2)

Les deux parties concourent à la réalisation des orientations du projet d'établissement (**P.E.**).

Dans le cadre des objectifs fixés par le groupe, La C.M.E. élabore le Projet Médical d'Etablissement (**P.M.E.**) nécessaire à la constitution du projet d'établissement.

La C.M.E. est informée par la Direction de l'E.S. du **P.E.** et du Contrat d'Objectifs et de Moyens (**C.O.M.**) avec ses annexes qualité et sécurité, co-signées par le Président de la C.M.E. et le Directeur de l'E.S.

La C.M.E. participe avec la direction de l'E.S. et les spécialités concernées à l'élaboration de réseaux.

Dans le cadre de l'**Accréditation**, des membres de la C.M.E. participent aux comités de pilotage pour l'auto-évaluation et le Président ou son représentant par délégation à la visite d'accréditation.

L'élaboration des dossiers en vue de demande d'**autorisations** auprès des tutelles sera effectuée par la Direction en collaboration avec les praticiens des spécialités concernées. La C.M.E. (Bureau) sera sollicitée pour y participer.

La C.M.E. (Bureau) informe la Direction de l'E.S. des souhaits d'investissements de chaque spécialité. La Direction présente les choix d'investissements de l'E.S. à la C.M.E..

La C.M.E. s'engage à soutenir la Direction de l'E.S. dans la mise en place du **label Générale de Santé**.

IV - C.M.E. / E.S. : production et transfert de l'information : (annexe A3)

Le médecin **DIM** est nommé par la direction de l'E.S. après avis de la C.M.E. (*Décret n°94-666 du 27 juillet 1994 Art. R. 710-5-6*). *A enlever !*

Le règlement intérieur du DIM est soumis à la C.M.E.

La C.M.E. est le destinataire des résultats statistiques du DIM au même titre que la direction conformément au règlement intérieur du DIM.

Un Comité Médical de l'Information Médicale (CMIM) peut être créé, le Président de la C.M.E. en est membre de droit.

La C.M.E. est informée par la direction de tout contrôle par les tutelles. A la demande du Directeur, un de ses membres peut être présent lors de la visite et doit être présent si des dossiers médicaux sont demandés, en l'absence du médecin responsable du dossier (en cours de modification par une nouvelle loi).

Le médecin responsable de l'hospitalisation est responsable de la tenue du dossier médical et de son contenu (exhaustivité et qualité des informations).

L'E.S. est responsable de sa garde et de sa conservation ainsi que de la confidentialité.

V - C.M.E. / E.S. : droit des patients : (annexe A4)

1- Livret du patient :

Un livret d'accueil est réalisé par l'établissement en collaboration avec la C.M.E.

Il est donné à tout patient hospitalisé.

Il comprend la charte du patient hospitalisé,

une information sur les conclusions annuelles du CLIN et sur la commission de conciliation.

Un carnet douleur lui est associé.

Un questionnaire d'évaluation de satisfaction (Label) dont le bilan annuel sera présenté à la C.M.E. Le questionnaire d'évaluation de satisfaction a un contenu type. Si des questions particulières y sont ajoutées concernant la relation avec le corps médical, la C.M.E. doit être consultée pour donner son accord.

2- Dossier Médical : *(modification par la loi du 5 mars 2002)*

- Le Président de la CME ou le Bureau veille au respect par chaque praticien de l'établissement des règles d'élaboration du dossier médical.
- Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé. Le patient peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication.

En cas de contrôle médical, l'accès au dossier se fait par l'intermédiaire du médecin responsable de l'hospitalisation ou d'un médecin désigné par la C.M.E.

L'E.S. a la charge de la conservation des dossiers sous la responsabilité des médecins qui les ont constitués ou des médecins désignés à cet effet par la C.M.E.

En cas d'informatisation du dossier médical, toutes les garanties de confidentialité et de transmission des données sont prises par l'établissement.

3- Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge : *(modification par la loi du 5 mars 2002)*

Le président de la C.M.E. ou un de ses représentants est membre de cette commission.

Un médecin conciliateur est nommé par le directeur de l'E.S. après avis de la C.M.E.. Il est le destinataire exclusif des plaintes médicales.

Le règlement intérieur de la commission est communiqué à la C.M.E.

L'ARH, la Conférence Régionale de Santé et la C.M.E. sont destinataires du rapport annuel de la commission.

VI - C.M.E./ E.S. : qualité des soins et sécurité des patients : **les vigilances**

- Les praticiens participent à l'ensemble des instances médicales ou médico-techniques créées ou à créer au sein de l'établissement.
- Les correspondants des vigilances et autres structures médico-techniques sont soutenus par la C.M.E. lors de la mise en application des procédures élaborées par leurs services.
- L'E.S. offre des moyens matériels et humains aux correspondants des vigilances et autres structures médico-techniques pour pouvoir accomplir leurs missions.

1 - Le CLIN : (annexe A5) Comité de lutte contre les infections nosocomiales

Le président de la CME ou son représentant participe aux réunions du CLIN.

Deux médecins (au mieux un médecin spécialiste en infectiologie et un chirurgien) proposés par la C.M.E. participent aux réunions du CLIN.

Une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière devra être mise en place. Elle servira de soutien logistique au CLIN.

La C.M.E. est informée sur le programme d'action et le rapport annuel d'activité du CLIN. Ce rapport est obligatoire et a pour destinataire le directeur de l'E.S. et les tutelles (ARH, CCLIN).

2 - HEMOVIGILANCE : (annexe A6)

Le correspondant d'hémovigilance est nommé par le directeur de l'E.S. et est chargé de l'hémovigilance pour le compte de l'E.S. après avis de la C.M.E.

Un comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance est organisé, il participe à l'organisation de l'hémovigilance dans l'E.S.. Les principaux services prescripteurs doivent y être représentés.

Le rapport annuel du comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance est adressé au directeur de l'E.S., au président de la C.M.E. ainsi qu'à l'AFSSAPS et au correspondant régional d'hémovigilance

3 - MATERIOVIGILANCE : (annexe A7)

Un correspondant de matériovigilance est nommé par le directeur de l'E.S. qui en informe la C.M.E. et après avis de celle-ci, si c'est un médecin.

4 - PHARMACOVIGILANCE : (annexe A8)

La pharmacovigilance est assurée par le pharmacien de l'E.S..

Les membres du comité du médicament et de dispositifs médicaux stériles sont nommés par le Directeur de l'E.S. après avis de la C.M.E. pour les membres médecins.

Le rapport d'activité annuel du comité du médicament est adressé au directeur de l'E.S. et au président de la C.M.E..

5 - CONSEIL DE BLOC OPERATOIRE : (annexe A9)

Un Conseil de Bloc Opérateur est créé par le directeur afin d'organiser son fonctionnement dans les meilleures conditions de sécurité et de qualité des soins.

Composition : au moins deux médecins en font partie, nommés par la C.M.E : un chirurgien intervenant dans le bloc et un anesthésiste réanimateur, le président du CLIN et le responsable du bloc opératoire.

Le conseil de bloc opératoire élabore le règlement de bloc opératoire.

Le rapport annuel du Conseil de Bloc Opérateur est adressé à la C.M.E. et au directeur de l'E.S.

6 - Le CLUD : (LABEL) (annexe A10)

La prise en charge de la douleur est une obligation légale pour les établissements de soins et pour les professionnels de santé.

La prise en charge de la douleur des patients est un des cinq points du label Générale de Santé qui en fait donc une priorité.

Elle apparaît dans la charte du patient, un carnet d'évaluation de la douleur doit être remis au patient avec le livret d'accueil.

Un Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) est créé afin d'organiser la prise en charge de la douleur au sein de l'E.S.

Le président du CLUD est nommé par la C.M.E. en accord avec la direction de l'E.S.

Le président du CLUD est soutenu par la C.M.E. afin de mettre en application les procédures élaborées par le comité.

L'E.S. met du temps infirmier (référant infirmier douleur) à disposition du CLUD pour une bonne prise en charge de la douleur dans l'établissement.

Un rapport annuel du CLUD est adressé à la C.M.E. et au directeur de l'E.S.

7 - LE COMITE DES VIGILANCES:

- Le CLIN, l'Hémovigilance, la Matérovigilance, la Pharmacovigilance et éventuellement le CLUD et le Conseil de Bloc seront regroupés en un COMITE DES VIGILANCES ET DES RISQUES afin que les moyens matériels et humains mis à leur disposition par l'E.S. soient mis en commun.

- Ces comités de vigilances peuvent travailler en collaboration avec des comités régionaux créés dans le cadre du Groupe Générale de Santé.

- Au niveau du siège la Direction de Gestion des Risques est à la disposition des vigilances et de la Direction de l'E.S. pour les aider dans leurs missions.

VII - C.M.E. / E.S. : Règlement Intérieur Médecin (R.I.M.): relations établissement / praticien (annexe A11)

Un R.I.M. est rédigé par la C.M.E. et l'E.S. sur la base du R.I.M. en annexe C.

Le R.I.M. est signé par le directeur de l'E.S. et le président de la C.M.E. après accord de la C.M.E. réunie en A.G..

Le R.I.M. précise les règles de collaboration :

- des praticiens entre eux qui doivent s'assurer de la continuité des soins délivrés aux patients qu'ils prennent en charge,
- des praticiens avec l'établissement de santé, en vue d'assurer des soins de qualité aux patients accueillis (projet médical de l'établissement).

La C.M.E. par son Président et son Bureau fait appliquer le R.I.M. dans le respect du règlement intérieur de l'établissement.

Le Directeur de l'E.S. fait appliquer le R.I.M. et le règlement intérieur de l'établissement.

VIII - RESPECT & EVOLUTION DE LA PRESENTE CONVENTION :

La présente convention est signée par le Directeur de l'E.S. et le Président de la C.M.E. après accord de celle-ci réunie en A.G..

La direction de l'E.S. et la C.M.E. veillent au respect de la présente convention.

En cas de litige quant à l'interprétation de la présente convention, il sera résolu sur la base des recommandations CME / ETABLISSEMENT du CLAHP.(annexe A12).

Le respect de la présente convention par le praticien fait l'objet d'un article du R.I.M. qui est signé par le praticien lors de son arrivée dans l'E.S..

La présente convention a été établie pour une durée de 3 ans puis renouvelable tous les 5 ans. Elle pourra être modifiée par l'une des parties, en accord avec l'autre, tous les ans selon l'évolution de la législation.

Le Directeur de l'établissement, le Président de la C.M.E et son bureau veilleront conjointement à l'application de la présente convention.

ANNEXES:

A - LOIS & DECRETS :

1-Organisation et structuration de la C.M.E. : indépendance des praticiens

-loi du 31/07/1991 Loi portant réforme hospitalière n°91-748 et l'article L 715-12 CSP :

“ Les praticiens qui exercent leur activité dans un établissement de santé privé, et ne participant pas au service public hospitalier, forment de plein droit, une Conférence Médicale, chargée de veiller à l'indépendance professionnelle des praticiens et de participer à l'évaluation des soins.

La conférence donne son avis sur la politique médicale de l'établissement ainsi que sur l'élaboration des prévisions annuelles d'activité de l'établissement.

Ses prévisions d'activité doivent être communiquées à l'autorité compétente, préalablement à la fixation par celle-ci des tarifs applicables à l'établissement ou avant la signature de l'avenant tarifaire aux organismes d'assurance maladie, qui ont conclu une convention avec l'établissement en application de l'article L162-22 du code de la Sécurité Sociale ”

-Circulaire DH 11/3/93 mise en œuvre des C.M.E.

-Recommandations du CLAHP 24/02/94

-Avis du Collège des Chirurgiens du 10/95

Ordonnance n°96-344 du 24 avril 1996 portant

Mesures relatives à l'organisation de la Sécurité Sociale

Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 portant

Mesures relatives à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant

Mesures portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

- Droit des malades
- Contrat d'objectifs et de moyens
- Accréditation
- Agence régionale d'hospitalisation
- Financement
- Organisation des équipes sanitaires
- Coopération publique privé
- Organisation des établissements publics
- Divers

C.O.M. Décret no 97-372 du 18 avril 1997 relatif aux établissements de santé privés, pris pour l'application de l'article L. 710-16-2

Evaluation des Pratiques Professionnelles décret 99-1130 du 28/12/1999

CNP CME HP 03/02/96 Création de la conférence Nationale de Présidents de CME de l'Hospitalisation Privée

-04/97- projet de décret sur la représentation des CME dans les instances consultatives : CROSS-CNOSS

-05/97- Décret relatif à la Conférence Nationale de Santé Représentation des CME (CNP CME HP)

ANAES Décret no 97-311 du 7 avril 1997 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé instituée à l'article L. 791-1 CSP

28/5/97 ARRETE PORTANT NOMINATION AU CONSEIL SCIENTIFIQUE DE L'ANAES

2- C.M.E.-E.S. et planification = participation : (annexe2)

Art. R.716-1 CSP

Art. R.712.8.9 CSP

3-C.M.E.-E.S. production et transfert de l'information : (annexe3)

- Décret no 92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés .
- 9 juin 1992 Délibérations de la CNIL n°92 061
- Décret n°94-666 du 27 juillet 1994
- 14 juin 1996 Accord sur 1e Dossier Médical du patient hospitalisé en établissement privé signé par les trois Caisses d'Assurance Maladie, les Syndicats représentant les médecins et les établissements privés. : ANNEXE N°2 AU CONTRAT TYPE (**Erreur! Signet non défini.**)
- Art. L.710.6 et 5/6/8/9/10/13 CSP
- ARRETE DU 22 JUILLET 1996.

4- C.M.E.-E.S. et droit des patients : (annexe4)

1-livret du patient :

- Art. L1112-2 al.2 & 3 CSP Obligation du livret d'accueil
- Arrêté du 7/01/97 & Circulaire du 17/01/97 annexes du livret d'accueil : **charte du patient** et questionnaire de sortie
- Art.R.711-1-10 CSP issu du décret du 6/12/99 Info sur la lutte contre les infections nosocomiales,
- Circulaire 22/9/98 carnet Douleur
- Circulaire du 17 /01/97 mise à disposition du livret d'accueil

2-Dossier Médical : cf. annexe 3 +

- Art. L.1112.1 CSP (loi du 31/07/91) & R 710-21 CSP (loi du 30/03/92) + contrat national tripartite et charte du patient (IX) communication du dossier médical
- Art.6 de la loi du 17/07/78 accès aux documents administratifs
- Loi du 5 mars 2002 : Chapitre2 art.11 à 14 modif. CSP L1111-7**

3-Commission de conciliation (CC):-> Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

- ART.L. 1112-3 CSP obligation d'une CC dans les ES
- Décret no 98-1001 du 2 novembre 1998 relatif à la commission de conciliation prévue à l'article L. 710-1-CSP
- Circulaire du 1/6/99 sur la Commission de Conciliation
- Art. 10 du Contrat Type
- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996
- Art. R.710.1.1/7/9...CSP
- Loi du 5 mars 2002 : Chapitre2 art. 16 – modif. CSP L1112-3**

4-Information, consentement des patients :

- Loi informatique et liberté 6/01/78 : obligation de l'E.S. (CNIL)
- Circulaire du 6/05/95 point III de la charte du patient hospitalisé= obligation des praticiens à l'information du patient sur son état de santé
- Art. 35 , 36 et 42 du Code de Déontologie Médicale** = information et consentement du patient ou des représentants légaux
- Art.4 du Code de Déontologie Médicale et Art.226-13 & 14 du Code Pénal : secret professionnel
- Art.16-3 du Code Civil issu des loi bioéthiques du 29/07/94 principe d'indisponibilité du corps humain.

5-CLIN : (annexe5)

- 19 septembre 1972 résolution (72) 31 du Conseil de l'Europe concernant l'hygiène hospitalière adoptée par le Comité des ministres lors de la 213~ réunion délégués des ministres
- 18 octobre 1973: circulaire SP 5.543-5.468 relative à la prévention des infections hospitalière
- 1septembre 197S: circulaire n°2805 SP 4.42-9516 r relative à la prévention des infections hospitalières.
- 19j anvier1984: résolution sur une charte européenne des droits du patient
- 25 octobre 1984 recommandation n°5(84)20 du Comité des ministres aux Etats membres sur la prévention des infections hospitalières.

- 6 mai 1988 :décret n°88-657 relatif à l'organisation de la surveillance et de la prévention des infections dans les établissements d'hospitalisation publics et privés PSPH.
- 13 octobre 1988: circulaire n°263 relative à l'organisation de la surveillance et de la prévention des infections.
- 3 août 1989 : circulaire DGS/DH n°23 relative re à la prévention de la transmission du VIH chez les personnels de santé
- 3 août 1992: arrêté à l'organisation de la lutte contre la Infections.
- Art. R.711-1-1 à R 711-1-10 CSP
- Loi n°654 du 24/01/94
- Circulaire DGS/SQ3, DGS/PH2-DH/EMI n°51 du 29/12/94 relative a l'utilisation des dispositifs médicaux à usage unique
- 1 mars m 1995 : décret n°95-234 relatif au dossier de suivi médical et au carnet médical institué par l'art.77 de la loi n°9443 du 18/01/94 relative à la santé publique et à la protection sociale
- 3 octobre 1995 arrêté relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux assurant les fonctions et actes cités aux articles D.71243 et D.712-47 du CSP.
- 28 octobre 1996: note d'information DGS/DH/DRT n°96-666 relative à la conduite à tenir pour la prophylaxie c d'une contamination par le VIH en cas d'accident avec exposition au sang ou à un autre liquide biologique chez les professionnels de santé.
- 20 octobre 1997: circulaire DGS/VS2-DH/EMI/EOI n°672 relative à la stérilisation des dispositif médicaux dans les établissements de santé.
- Circulaire DGS/DH n°100 du 11/12/95 relative aux précautions à observer en milieu chirurgical et anatomopathologique face aux risque de transmission de la maladie de Creutzfeldt-Jakob
- Circulaire DGS/DH n°236 du 02/04/96 relative aux modalités de désinfection des endoscopes dans les lieux de soins
- Décret n°96-838 et arrêté du 19/09/96déclaration obligatoire des maladies de Creutzfeldt-Jakob et autres ESSTH
- Circulaire DH n°987262 du 15/07/98 relative à la sécurité d'utilisation des dispositifs médicaux,
- Guide de bonnes pratiques de désinfection des dispositifs médicaux, Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France, CTIN 1998
- Décret no 99-1034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé CSP
- Circulaire DGS/DPPR n°2000/292 du 29/05/2000relative à diverses mesures concernant les appareils de désinfection des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés,
- Circulaire DGS/5C/DHOS/E2/2001/138 du 14/04/2001 relative aux précautions à observer lors de soins en vue de réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels

6-HEMOVIGILANCE : (annexe6)

- Art. R.710-2-2 à 7 CSP Loi du 30/3/92 & Art. R.710-2-7-1 CSP : obligation de communiquer les informations demandées par le patient (transfusion)
- Loi 93-5 du 4/01/1993
- **Décret 94-68 du 24/01/1994**
- Circulaire DGS/DH 40 du 7/07/1994
- Circulaire du 24/02/97 information du patient dans le domaine de la transfusion et leurs conservations,
- Circulaire du 23/07/98 information du patient dans les démarches d'indemnisation de l'hépatite C
- Décret 98-535 du 1/07/1998
- Décret 99-150 4/03/1999**
- Circulaire DGS/DH 424 du 19/07/1999
- CSP R 666-12-5, 13, 14,24

7-MATERIOVIGILANCE : (annexe 7)

- CSP ART. L 665 1->64
- Circulaire DGS/DH 669 14/04/1986
- Directive CEE 14/06/1993
- Loi 94-43 18/01/1994
- Décret 95-292 16/03/1995 relatif aux dispositifs médicaux
- Circulaire DH/EM1 95-2498 10/05/1995 relative à l'organisation de la matériovigilance.
- Décret n°96 32 du 15 janvier 1996 relatif à la matériovigilance exercée sur les dispositifs médicaux CSP
- Arrêté du 2 septembre 1996 désignation d'un correspondant local de matériovigilance
- Arrêté du 24 mars 1997 relatif à la forme et au contenu des signalements d'incidents ou risques d'incidents dans le cadre de la matériovigilance

- Loi 98-535 01/07/1998
- Anesthésie-> Arrêté du 3/10/1995 relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux en salle d'opération et salles de soins post-interventionnelle.

8-PHARMACOVIGILANCE : (annexe 8)

- Loi N°80-512 du 07/07/80
- Loi N°93-5 du 04/01/93
- Décret N°95-278 du 13/03/95
- Décret n°95-566 du 06/05/95
- **Décret n°2000-1316 du 26/12/2000 (section 6 Comité du médicament)**

9->Conseil de BLOC : (annexe 9)

- Circulaire du 19 Mai 2000, DH/FH/2000/n°264
- Décret N°94-1050 5/12/1994 D 712/42, relatif à la sécurité anesthésique

10->Douleur, Le CLUD : (annexe 10)

- Loi 95-116 4/02/1995 Art L.710-3-1 et 2
- Art.L1112-4 CSP (ordonnance du 24/04/96) prise en charge de la douleur = obligation
- Circulaire du 22/9/98 : prise en charge de la douleur= COM, ANAES, information, questionnaire de sortie et obligations des médecins : ordonnances réglementaires, carnet douleur, échelle douleur sur la feuille de température, EVA..

Art. 37 Code de déontologie médicale

SOINS PALLIATIFS (SP):

- Art. L.6112-2 CSP Loi du 31/07/91 SP = mission des E.S.
- Art.L.1112-4 CSP Loi du 04/02/95 SP = les E.S. doivent se doter de soins palliatifs -COM
- Art. L1111-3 CSP Loi du 09/06/99 SP = est un droit
- Art. 38 du code de déontologie médicale : accompagnement aux mourants.

11->Règlement intérieur Médical :

- Propositions de la CNP CME HP
- PROPOSITION DE LA COMMISSION MEDICALE= DE L'U.H.P. - Avril 1999
- Décret n°93-221 du 16/02/93 relatif aux règles professionnelles des infirmières

12->CLHAP :

- COMITE DE LIAISON ET D'ACTION DE L'HOSPITALISATION PRIVEE (CLAHP) 24 / 02 / 1994
- RECOMMANDATIONS RELATIVES AUX RELATIONS ETABLISSEMENT / PRATICIEN ET AUX REMBOURSEMENTS DES PRESTATIONS EN EXERCICE LIBERAL.
- RECOMMANDATIONS CME / ETABLISSEMENT du CLAHP 08/2001

B-STATUTS TYPE DE CME association loi 1901:

C-Règlement Intérieur Médical:

D-WEB :

Jurifrance.com
 Journal-officiel.gouv.fr
 Sante.gouv.fr
 Legifrance.gouv.fr
 Convention CME-GS 24 / 04 / 02

Admifrance
Assemblée Nationale
Le Sénat
La CNIL
Ordre National des Médecins
CNP CME HP
FHP
.....