



CENTRE HOSPITALIER
DE GAILLAC

Ph.C/MD – 17.12.2009 – V5

Règlement intérieur du Centre Hospitalier de GAILLAC

Adopté par son Conseil d'Administration du 17 décembre 2009.

Présentation

Tout établissement fonctionne dans le cadre d'un ensemble de règles qui lui sont applicables ou qu'il définit au sein de ses instances.

Pour ce faire et conformément au Code de la Santé Publique, le Centre Hospitalier de GAILLAC élabore, adopte et met en œuvre un Règlement Intérieur, préparé par le Directeur et soumis au Conseil d'Administration.

Il reprend également la réglementation médico-sociale en vigueur dans le Code d'Action Sociale et des Familles (CASF).

Le règlement intérieur est soumis aux dispositions des lois et règlements en vigueur applicables aux établissements publics de santé, qui sont d'une portée supérieure aux dispositions adoptées localement.

Dans ce cadre, le présent règlement intérieur précise les règles particulières de fonctionnement des services du Centre Hospitalier de GAILLAC. Son but est de favoriser un fonctionnement collectif harmonieux fondé sur des règles connues de tous.

Le règlement intérieur s'applique à l'ensemble du personnel médical et non médical du Centre Hospitalier, aux usagers ainsi qu'à ceux qui les accompagnent, aux visiteurs, aux fournisseurs et, plus largement, à toute personne qui serait amenée, à quelque titre que ce soit, à faire appel aux services, ou à fréquenter les locaux et installations du Centre Hospitalier de GAILLAC.

Il s'impose à toutes les unités et les structures gérées par le Centre Hospitalier de GAILLAC, quelle que soit leur localisation, ainsi qu'aux organismes éventuellement hébergés par l'Hôpital.

Le Directeur du Centre Hospitalier de GAILLAC,

Philippe COUTURIER

Sommaire

TITRE I - DISPOSITIONS RELATIVES AUX HOSPITALISES ET AUX RESIDANTS

CHAPITRE I - ADMISSIONS

- Article 1 : Admissions
- Article 2 : Dépôt des objets et valeurs
- Article 3 : Régimes d'hospitalisation
- Article 4 : Prise en charge des frais d'hospitalisation
- Article 5 : Militaires
- Article 6: Majeurs protégés
- Article 7 : Etrangers
- Article 8 : Maladies sexuellement transmissibles
- Article 9 : Malades tuberculeux
- Article 10 : Accueil des malades
- Article 11 : Accueil en cas d'afflux massif de victimes

CHAPITRE II - CONDITIONS DE SEJOUR ET D'HEBERGEMENT

- Article 12 : Accueil
- Article 13 : Livret d'accueil-contrat de séjour
- Article 14 : Information sur le personnel
- Article 15 : Information sur les soins
- Article 16 : Réception des familles
- Article 17 : Information et confidentialité
- Article 18 : Culte
- Article 19 : Visites
- Article 20 : Comportement des visiteurs et des malades
- Article 21 : Horaires de visite
- Article 22 : Désordres persistants
- Article 23 : Hygiène
- Article 24 : Traitement en cours
- Article 25 : Dépôt et gratifications au personnel
- Article 26: Analyses de laboratoire

CHAPITRE III - SORTIE DES HOSPITALISES ET DES RESIDANTS

- Article 27: Autorisation de sortie
- Article 28 : Sortie contre avis médical
- Article 29: Sortie disciplinaire
- Article 30 : Sortie après refus de soins
- Article 31 : Sortie des malades à l'insu du service
- Article 32 : Sortie des mineurs
- Article 33 : Sortie des patients hospitalisés sous contrainte
- Article 34 : Questionnaire de sortie
- Article 35 : Transport en ambulance

Article 36 : Formalités de sortie

TITRE II - OBLIGATIONS DU PERSONNEL

CHAPITRE I - OBLIGATIONS GENERALES

Article 37 : Exercice exclusif des fonctions

Article 38 : Obligation de réserve

Article 39 : Obligation de désintéressement

Article 40 : Exercice professionnel et obligations de service

Article 41 : Exécution des ordres reçus et droit de retrait

Article 42 : Information du supérieur hiérarchique

Article 43 : Obligation de résidence

Article 44 : Tenue vestimentaire et identification du personnel

Article 45 : Comportement du personnel

Article 46 : Effets et biens personnels

CHAPITRE II - OBLIGATIONS A L'EGARD DES USAGERS

Article 47 : Secret professionnel

Article 48 : Obligation de discrétion

Article 49 : Obligation d'information du patient et de ses proches, du résidant et de sa famille.

Article 50 : Relations avec les personnes soignées et les résidants, leur famille et les usagers de l'hôpital CRUQPC et CVS

Article 51 : Respect de la personne et de son intimité

Article 52 : Droit à la vie privée et la confidentialité

Droit d'aller et venir du résidant

Article 53 : Devoir de neutralité

Article 54 : Interdiction de fumer

Article 55 : Dépôt de valeur

TITRE III - CIRCULATION et STATIONNEMENT

Article 56 : Véhicules autorisés

Article 57 : Stationnement

Article 58 : Vitesse de circulation

TITRE IV - ORGANISATION ADMINISTRATIVE

CHAPITRE I - LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Article 59 : Compétences

Article 60 : Fonctionnement

Article 61 : Composition

CHAPITRE II - LE DIRECTEUR

Article 62 : Compétences

CHAPITRE III - LES INSTANCES CONSULTATIVES

La représentation du personnel médical

Le Conseil Exécutif

Article 63 : Compétences

Article 64 : Composition

Article 65 : Fonctionnement

CHAPITRE IV – ORGANES REPRESENTATIFS ET EXPRESSION DES PERSONNELS

I - La Commission Médicale d’Etablissement et ses sous-commissions Spécialisées

I-1 : La Commission Médicale d’Etablissement

Article 66 : Compétences

Article 67 : Fonctionnement

Article 68 : Composition

I-2 : Les sous-commissions spécialisées de la Commission Médicale d’Etablissement du Centre Hospitalier de GAILLAC

Article 69 : Compétences

Article 70 : Fonctionnement

Article 71 : Composition

1° la sous-commission de sécurité transfusionnelle et d’hémovigilance

2° la sous-commission de lutte contre les infections nosocomiales

3° la sous-commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux stériles

4° la sous-commission de lutte contre la douleur et des Soins Palliatifs

II – Le Comité Technique d’Etablissement

Article 72 : Compétences

Article 73 : Fonctionnement

Article 74 : Composition

III – La Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Technique

Article 75 : Compétences

Article 76 : Fonctionnement

Article 77 : Composition

TITRE V - ORGANISATION INTERNE DU CENTRE HOSPITALIER

CHAPITRE I – LES POLES D'ACTIVITE

Le responsable de pôle

Article 78 : Compétences

Article 79 : Nomination

CHAPITRE II – LE CONSEIL DE POLE

Article 80 : Compétences

Article 81 : Fonctionnement

Article 82 : Composition

TITRE VI - ANNEXES

| | |
|-----------|---|
| Annexe 1 | Composition du Conseil d'Administration |
| Annexe 2 | Composition du Conseil Exécutif |
| Annexe 3 | Règlement intérieur du Conseil Exécutif |
| Annexe 4 | Composition de la CME |
| Annexe 5 | Composition du Comité Technique d'Etablissement |
| Annexe 6 | Composition de la Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques |
| Annexe 7 | Modalités de désignation des membres de la CSIRMT |
| Annexe 8 | Composition du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail |
| Annexe 9 | Les structures internes du Centre Hospitalier de GAILLAC |
| Annexe 10 | Charte de la contractualisation interne |
| Annexe 11 | Composition du CLIN |
| Annexe 12 | Composition du Comité d'Hémovigilance |
| Annexe 13 | Composition du CLUD |
| Annexe 14 | Composition de la COMEDIMS |
| Annexe 15 | Le plan blanc |
| Annexe 16 | Règlement intérieur de la chambre mortuaire |
| Annexe 17 | Règlement de fonctionnement des EHPAD St Jean et St André |
| Annexe 18 | Charte du patient hospitalisé |

TITRE I - DISPOSITIONS RELATIVES AUX HOSPITALISES

CHAPITRE I - ADMISSIONS

ARTICLE 1 :

- Admissions

Toutes les admissions au Centre hospitalier de GAILLAC sont prononcées par un praticien hospitalier, par délégation du Directeur et, s'il y a urgence, même en l'absence de tout élément d'état-civil ou de couverture sociale. Les admissions sont prononcées par le Directeur qui peut déléguer.

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

- Admission directe dans les services

L'admission directe est demandée par un médecin traitant ou un médecin consultant de l'établissement, courrier à l'appui.

L'admission directe est prononcée par un praticien hospitalier du service par délégation du directeur.

Les familles doivent être prévenues au plus tôt, sauf opposition du patient.

Tout malade dont l'admission est prononcée et qui refuse de rester dans l'établissement doit signer l'attestation traduisant expressément ce refus et certifiant que toutes les explications lui ont été données. A défaut, un procès-verbal est dressé par les témoins de ce refus.

En cas de risque vital à court terme, une information pourra être faite auprès du Ministère Public.

- Procédure d'admission dans les EHPAD du centre hospitalier

Le Directeur prononce l'admission après instruction du dossier en commission d'admission. La date d'arrivée de la personne est fixée d'un commun accord. Elle correspond à la date de départ de la facturation.

Par ailleurs, une relation contractuelle s'instaure car l'établissement représenté par le Directeur et la personne nouvellement accueillie signe un contrat de séjour.

ARTICLE 2 :

- Dépôt des objets et valeurs (voir aussi article 29)

Lors de son admission, l'hospitalisé est invité à effectuer auprès de l'administration de l'établissement le dépôt des sommes d'argent et des objets de valeur qui sont en sa possession. Conformément à la réglementation une information concernant ces dépôts ainsi que le régime de responsabilité qui en découle est assurée par le cadre infirmier.

Cette information doit être délivrée suivant tout moyen écrit et oral. A cette fin, une fiche d'information est remise au patient.

Par ailleurs, en EHPAD, le résident peut conserver des biens, objets personnels et disposer de son patrimoine et de ses revenus, dans la mesure où il n'est pas sous protection juridique.

Pour les biens non déposés, l'Établissement ne saurait être tenu responsable en cas de perte, vol ou de dégradation.

Si le malade ou le blessé est inconscient, un inventaire contradictoire des sommes d'argent et des objets dont il est porteur, est dressé et signé par le représentant de l'établissement et l'accompagnant. En l'absence d'accompagnant un inventaire exhaustif des objets et vêtements est dressé et signé par deux agents. Son information (ou celle de ses proches éventuellement) sera assurée dès que son état le permettra. Les valeurs mobilières, sommes d'argent, moyens de règlement ou objets de valeur, tels que définis par l'article 2 du décret du 27/03/1993 doivent faire impérativement l'objet d'un dépôt auprès du régisseur de recettes de l'établissement contre délivrance d'un reçu.

L'établissement est exonéré de toute responsabilité pour les sommes d'argent et objets de valeur que le patient décide de conserver sur lui. Toutefois, les lunettes et les prothèses ne doivent pas faire l'objet d'un dépôt et demeurent placés sous la responsabilité du Centre Hospitalier.

- Retrait

Les sommes d'argent ou objets de valeur sont restitués au malade sur présentation du reçu délivré lors du dépôt et d'une pièce d'identité.

Le retrait auprès du Comptable peut être effectué par le malade lui-même, par son représentant légal ou par un tiers mandaté par le malade. Le tiers mandaté par le malade doit avoir une procuration : une simple lettre manuscrite suffit si les valeurs à retirer sont inférieures à un seuil qui est actuellement fixé à 5 000 euros. Au-delà l'acte de procuration doit être fait devant un notaire.

Pour les dépôts en numéraire, il est possible de demander au comptable que le paiement soit réalisé par virement bancaire.

En cas de décès, le retrait doit être effectué par les héritiers auprès du comptable.

Si le malade bénéficiait de l'aide sociale ou de l'aide médicale, le comptable devra inviter le département ou l'Etat à faire valoir ses droits sur la succession. En l'absence de réponse dans les 6 mois, les objets peuvent être remis aux héritiers.

Le Régisseur peut, dans le délai qui lui est accordé par la décision de création de la régie pour effectuer les versements au comptable, restituer les objets et valeurs qui lui ont été remis mais uniquement au déposant lui-même.

Si les objets n'ont pas été réclamés dans les douze mois suivant la fin du séjour :

- les sommes d'argent, titres et valeurs mobilières sont remis à la Caisse des dépôts et consignations par le comptable ;
- les autres biens mobiliers sont remis au service des domaines aux fins d'être mis en vente.

Le patient et ses héritiers doivent être informés par le comptable de cette procédure six mois avant la cession des biens à la Caisse des dépôts et consignations ou aux Domaines. S'il n'y a pas eu de réclamation pendant cinq ans, le produit de cette cession sera versé au Trésor public. Le service des domaines peut refuser la remise de certains objets, qui deviendraient la propriété de l'établissement de santé.

ARTICLE 3:

- Régimes d'hospitalisation

Le Centre hospitalier de GAILLAC dispose de chambres à un ou deux lits dont l'attribution dépend prioritairement de critères médicaux.

Le patient peut, sur sa demande être accueilli en chambre individuelle, moyennant le paiement d'un supplément dont le montant est fixé annuellement par décision du Directeur.

ARTICLE 4 :

- Prise en charge des frais d'hospitalisation

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

Le forfait journalier et le ticket modérateur restent en principe à la charge du malade. Ces derniers peuvent cependant faire l'objet d'un remboursement par les organismes mutualistes selon les dispositions de la convention régissant les rapports, en matière de prise en charge du forfait hospitalier et du ticket modérateur, entre les mutuelles et leurs adhérents, voire les mutuelles et les établissements

Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) ou de l'aide médicale-Etat doivent être munis d'une attestation ou, à défaut, de tous documents nécessaires à l'obtention de la prise en charge de tout ou partie de leurs frais d'hospitalisation dans les conditions prévues par la réglementation.

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 pendant leur hospitalisation.

Si le malade admis dans l'établissement ne relève d'aucun organisme social ni d'une éventuelle prise en charge par la CMU, il peut lui être demandé de déposer, auprès du Régisseur, 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. A défaut, il devra signer l'engagement de payer avec présentation d'une pièce d'identité.

- Conditions de participation financière et de facturation

Le prix de journée d'hébergement et de la dépendance est fixé annuellement par le Président du Conseil Général sur proposition du Conseil d'Administration. Ce prix comprend l'hébergement complet du résident.

Les conditions sont détaillées dans le règlement de fonctionnement des EHPAD.

ARTICLE 5 :

- Militaires

Les militaires sont, hors les cas d'urgence, admis dans l'établissement sur la 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 au chef de corps d'affectation de l'intéressé, ou, à défaut, à la gendarmerie. Dès que l'état de santé de l'intéressé le permet, toutes mesures doivent être prises pour qu'il soit évacué sur l'hôpital des armées le plus proche. Les frais d'hospitalisation sont pris en charge par l'Etat.

ARTICLE 6 :

- Majeurs protégés

Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs

En cas de carence familiale ou à la demande de la famille et quand l'altération des facultés mentales d'une personne physique présente un caractère durable risquant de compromettre ses intérêts civils, cette situation doit être attestée par un certificat médical, en vue de la mise en œuvre d'une mesure de protection juridique adaptée. Cette mesure peut être :

- La sauvegarde de justice, qui fait l'objet d'une inscription auprès du greffe du Tribunal d'Instance
- La curatelle et la tutelle, régimes de protection plus stricts prononcés par le juge des tutelles.

Le médecin qui dispense des soins à une personne majeure protégée doit tenir compte du régime du patient et de la nature de l'acte médical envisagé. En tout état de cause, le consentement du patient doit être recherché dans tous les cas.

- Majeur sous sauvegarde de justice :

Le seul consentement du majeur suffit pour toute admission ou intervention chirurgicale le concernant. Cependant, il paraît souhaitable de recueillir l'avis d'un proche.

Il est indispensable d'informer le plus rapidement possible le juge des tutelles du tribunal d'Instance du lieu de domicile du majeur sous sauvegarde.

- Majeur en curatelle :

L'étendue de la curatelle variant selon les personnes, il apparaît prudent, après avoir requis l'avis du majeur, de solliciter l'avis du curateur avant d'effectuer tout acte de soins grave, sauf en cas d'extrême urgence.

- Majeur en tutelle :

Sauf en cas d'extrême urgence, il convient d'obtenir au préalable l'autorisation du tuteur avant toute admission ou intervention chirurgicale ou, à défaut du juge des tutelles.

ARTICLE 7 :

- Etrangers

Les étrangers sont admis au Centre hospitalier de GAILLAC dans les mêmes conditions que les ressortissants français. Ils doivent, s'ils ne fournissent pas un justificatif de prise en charge, verser une provision pour frais d'hospitalisation ou signer un engagement de payer avec présentation d'une pièce d'identité.

Les étrangers ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne bénéficient des mêmes droits que les assurés sociaux français.

ARTICLE 7 :

- Maladies sexuellement transmissibles

Les personnes atteintes ou suspectes de maladies sexuellement transmissibles hospitalisées d'office dans les conditions prévues par les articles L.275, L. 278, L. 280, L. 283 et L.306 du Code de la santé publique bénéficient de plein droit de l'aide médicale totale.

ARTICLE 9 :

- Malades tuberculeux

L'admission et le séjour des malades tuberculeux ont lieu dans les conditions prévues aux articles L. 227 et L. 237 du Code de la santé publique.

ARTICLE 10 :

- Accueil des malades

Dès son admission dans l'établissement, l'hospitalisé reçoit un livret d'accueil contenant toutes les informations qui lui seront utiles pour son séjour ainsi qu'un questionnaire de sortie.

ARTICLE 11:

- Accueil en cas d'afflux massif de victimes

En cas d'afflux massif de victimes, la prise en charge est effectuée par le Centre Hospitalier d'ALBI, en tant qu'établissement de référence.

Le Centre Hospitalier de GAILLAC peut néanmoins être sollicité en tant qu'établissement de 3^{ème} niveau. Il dispose, conformément aux obligations réglementaires d'un plan blanc comportant des dispositions à prendre en cas d'afflux massif de victimes.

Ce document est disponible à la Direction et dans les services de l'établissement.

CHAPITRE II - CONDITIONS DE SEJOUR

ARTICLE 12 :

- Accueil

L'accueil des malades et des accompagnants est assuré, à tous les niveaux, par un personnel spécialement préparé à cette mission.

- Accueil du résidant

Le résidant est accueilli dans le service le plus adapté possible à son état de santé et d'autonomie. La procédure d'accueil est détaillée dans le projet de vie.

ARTICLE 13 :

- Livret d'accueil

Dès son arrivée dans un service d'hospitalisation, chaque hospitalisé reçoit un livret d'accueil contenant toutes les informations qui lui seront utiles pendant son séjour.

- Contrat de séjour

Le résidant et l'établissement signent un contrat de séjour conformément à l'article L311-4 du CASF.

ARTICLE 14 :

- Information sur le personnel

Les hospitalisés et les résidants doivent être informés du nom des praticiens et des personnes appelés à leur donner des soins, par l'inscription du nom sur les blouses de ces intervenants.

ARTICLE 15 :

- Information sur les soins

Le médecin chef de service ou les médecins du service doivent donner aux malades, dans les conditions fixées par le code de déontologie, les informations sur leur état, qui leurs sont accessibles. Les traitements et soins proposés aux malades doivent aussi faire l'objet d'une information de la part du médecin.

Les personnels paramédicaux participent eux aussi à cette information dans leur domaine de compétences et dans le respect de leurs règles professionnelles (Décret °2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code).

ARTICLE 16 :

- Réception des familles

Dans chaque service, les médecins reçoivent les familles des hospitalisés, soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des malades et de leur famille.

- Relation avec les familles en EHPAD

Le Projet de vie décline l'importance du lien établissement-familles. Par ailleurs, pour le résident, la présence, le plus souvent possible, de sa famille et de ses amis, est une condition fondamentale de sa qualité de vie.

En outre, l'information et la communication entre la famille et l'Etablissement –dans le respect des volontés des résidents–doivent s'instaurer afin d'assurer au mieux leur complémentarité dans un climat de confiance mutuel.

ARTICLE 17 :

- Information et confidentialité

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

En l'absence d'opposition des intéressés, les indications d'ordre médical, telles que diagnostic et évolution de la maladie, ne peuvent être données que par les médecins, dans les conditions définies par le code de déontologie. Les renseignements courants sur l'état du malade ne peuvent être fournis, qu'après identification de l'interlocuteur et avec l'accord du patient. Aucun renseignement sur l'état du malade ne peut être fourni par téléphone sauf demande expresse du malade.

ARTICLE 18 :

- Culte

Les hospitalisés peuvent librement exercer leur culte. Ils reçoivent, sur demande de leur part adressée au cadre infirmier du service, la visite du ministre du culte de leur choix.

ARTICLE 19 :

- Visites

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des malades ni le bon déroulement des soins. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite pourront être décidées par le directeur.

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

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

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

En dehors des cas précités, l'accès de l'établissement est réservé à ceux qui y sont appelés pour leurs fonctions et aux personnes qui se rendent au chevet d'un malade, aux heures de visite.

A la différence du secteur sanitaire de l'établissement, le secteur de l'EHPAD, de par sa qualification de lieu de vie, incite à conserver le lien social et à ouvrir plus largement les horaires de visite.

ARTICLE 20 :

- Comportement des visiteurs et des malades

Selon la loi, il est interdit de fumer dans l'établissement.

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

En cas de méconnaissance de ces prescriptions, les denrées et boissons introduites en fraude peuvent être détruites à la vue du malade ou de sa famille.

Les visiteurs doivent avoir une tenue correcte, éviter d'élever le ton de la conversation et de provoquer tout bruit intempestif. Ils ne doivent pas faire fonctionner d'appareils sonores.

Les hospitalisés doivent veiller à respecter le bon état des locaux et objets qui sont à leur disposition.

Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du malade dans les conditions prévues à l'article précédent.

ARTICLE 21 :

- Horaires de visite

Les visites aux hospitalisés ont lieu tous les jours aux heures déterminées par les chefs de service suivant les contraintes du service. Des dérogations aux horaires peuvent être autorisées à titre exceptionnel, avec l'accord du médecin responsable, lorsqu'elles ne troublent pas le fonctionnement du service.

Lorsque l'état du malade le justifie pour l'assister notamment dans ses derniers instants, ou lorsque l'hospitalisé est un enfant de moins de quinze ans, la présence d'un accompagnant peut être autorisée hors des heures de visite.

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

En EHPAD, la famille peut demander un repas accompagnant pour passer un moment privilégié avec son parent.

ARTICLE 22 :

- Désordres persistants

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

ARTICLE 23 :

- Hygiène

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

Les hospitalisés sont tenus d'apporter à l'hôpital leur nécessaire de toilette, leur linge et leurs effets personnels. Sauf cas particulier et sous réserve du respect des règles d'hygiène, ils conservent, en section sanitaire, leurs vêtements et leurs effets personnels, dont ils doivent assumer l'entretien.

En application de la réglementation en vigueur, il est strictement interdit de fumer dans l'ensemble des locaux de l'établissement.

Article 24 :

- Traitement en cours

Tout médicament apporté doit être remis au cadre infirmier ou l'infirmier par délégation.

ARTICLE 25 :

- Dépôt et gratifications au personnel

Aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les malades, soit à titre de gratification, soit à titre de dépôt durant le séjour. En revanche, des dons à l'hôpital sont possibles.

ARTICLE 26 :

- Analyses de laboratoire

Les résultats des analyses biologiques prélevées dans les services du Centre Hospitalier de GAILLAC ne peuvent pas être communiqués directement aux patients par le laboratoire. Les patients doivent s'adresser aux services prescripteurs.

CHAPITRE III - SORTIE DES HOSPITALISES

ARTICLE 27 :

- Autorisation de sortie

Les hospitalisés peuvent, compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier de permissions de sortie d'une durée maximum de 48H. Ces autorisations de sortie sont accordées par le médecin responsable ou tout agent en ayant délégation.

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

En EHPAD, le résidant peut sortir à sa guise, excepté pour les unités sécurisées. Il est préférable qu'il prévienne l'équipe soignante afin d'éviter de l'inquiéter.

ARTICLE 28

- Sortie contre avis médical

A l'exception des mineurs et des personnes transférées d'un établissement spécialisé dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte telle que prévue par la loi n° 90-527 du 27 juin 1990, les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment le Centre hospitalier.

Si le médecin responsable estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour la santé de la personne hospitalisée, cette dernière n'est autorisée à quitter l'hôpital qu'après avoir rempli une attestation établissant qu'elle a eu connaissance des dangers que cette sortie présentait. Lorsque le malade refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé et signé par les témoins de ce refus.

ARTICLE 29 :

- Sortie disciplinaire

La sortie des malades peut également, hors le cas où l'état de santé de ceux-ci l'interdirait, être prononcée par une mesure disciplinaire, dans les conditions et les modalités fixées par l'article 28 ci-dessus.

ARTICLE 30 :

- Sortie après refus de soins

Lorsque les malades n'acceptent pas les traitements, interventions ou soins proposés, leur sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant des soins immédiats, est prononcée par un praticien hospitalier, par délégation du Directeur, après signature par l'hospitalisé d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés. Si le malade refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé par les témoins de ce refus.

ARTICLE 31 :

- Sortie des malades à l'insu du service

Malade majeur : en première intention, des recherches doivent être organisées dans l'établissement. Si elles restent vaines, il est procédé à des recherches auprès de la famille puis, si nécessaire, un signalement auprès des autorités de police est effectué.

Malade mineur : La famille doit être immédiatement prévenue. Si la personne exerçant l'autorité parentale signe l'attestation prévue pour les sorties contre avis médical, l'enfant est déclaré sortant. A défaut, la police est alertée en vue d'effectuer les recherches nécessaires.

Dans les deux cas, l'administrateur de garde est prévenu.

ARTICLE 32 :

- Sortie des mineurs

Sous réserve d'éventuelles décisions de l'autorité judiciaire, les mineurs ne peuvent être, pour les sorties en cours d'hospitalisation ou à l'issue du séjour, confiés qu'à leur père, mère, tuteur ou garde et aux tierces personnes expressément autorisées par ceux-ci.

Le mineur n'a pas la capacité de signer une attestation s'il veut quitter l'établissement contre avis médical. Cette demande ne peut être présentée que par la personne exerçant l'autorité parentale sur l'enfant. Elle signe l'attestation établissant qu'elle a eu connaissance des dangers présentés pour la santé de l'enfant par cette sortie ; Si elle refuse de signer l'attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé par les témoins de ce refus.

Si cette demande de sortie semble de nature à mettre en danger la santé de l'enfant, le Directeur saisit le Ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

Les personnes exerçant l'autorité parentale sont informées de la sortie prochaine du mineur. Elles devront faire connaître à l'administration de l'établissement si le mineur peut ou non quitter seul l'établissement.

Article 33 :

- Sortie des patients hospitalisés sous contrainte

La sortie des patients hospitalisés sous contrainte se fait en collaboration avec l'établissement d'origine. Cet établissement devra être averti au plus tôt de la sortie imminente du patient et en assurer le transport.

ARTICLE 34 :

- Questionnaire de sortie

Tout hospitalisé reçoit, lors de son admission, un questionnaire intégré au livret d'accueil destiné à recueillir ses appréciations et ses observations. Ce questionnaire rempli est rendu à l'Administration sous une forme anonyme, si le malade le désire. Il sera remis par le patient soit directement au cadre infirmier du service, soit dans la boîte aux lettres, soit dans celle située au niveau du hall d'accueil de l'hôpital. Le patient pourra le renvoyer par la poste, après sa sortie.

ARTICLE 35

- Transport en ambulance

Si, lors de sa sortie, son état nécessite un transport médicalement prescrit, en véhicule sanitaire ou non sanitaire, le malade a le libre choix de l'entreprise de transport. L'établissement tient à la disposition des malades la liste des sociétés de transports sanitaires agréées. Si le malade n'exprime pas de choix, le Centre hospitalier fait appel aux entreprises d'ambulances agréées à tour de rôle.

ARTICLE 36 :

- Formalités de sortie

Lorsque l'état de santé de l'hospitalisé n'impose plus son maintien dans l'un des services du Centre hospitalier, sa sortie est prononcée par le médecin responsable, par délégation du directeur. La sortie d'un militaire est signalée au chef de corps, ou à défaut, à la gendarmerie.

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

Toutes dispositions sont prises le cas échéant, sur proposition médicale, pour faciliter le transfert de l'hospitalisé dans un établissement de moyen ou long séjour adapté à son cas.

L'hospitalisé, (ou sa famille, ou l'ambulancier), avant de quitter l'établissement, doit se rendre au bureau des entrées afin d'y effectuer les formalités de sortie :

- clôture du dossier administratif
- obtention du bulletin de situation
- paiement de sa participation financière (ticket modérateur, forfait journalier) s'il y a lieu.
- restitution des dépôts de valeurs (Cf. article 2)
- Paiement des prestations annexes (téléphone, téléviseur ...).

TITRE II - OBLIGATIONS DU PERSONNEL

Parce qu'il assure des missions de service public, le personnel hospitalier a des obligations.

CHAPITRE I - OBLIGATIONS GENERALES

ARTICLE 37 :

- Exercice exclusif des fonctions

Il est interdit à tout agent hospitalier :

- d'exercer une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit. Des dérogations sont autorisées notamment pour les missions d'enseignement et d'expertise dans le cadre de la réglementation sur les cumuls de rémunération.
- d'avoir des intérêts directs ou indirects dans une entreprise en relation avec le centre hospitalier et de nature à compromettre l'indépendance

Toute l'activité professionnelle doit être centrée sur l'exercice des tâches qui sont confiées.

ARTICLE 38:

- Obligation de réserve

Le personnel est soumis à une obligation de réserve ; il ne doit pas exprimer d'opinion ou avoir d'attitude qui puisse nuire à l'image du centre hospitalier, tout particulièrement en présence des patients, de leur famille ou des usagers.

Ne rentre pas dans l'obligation de réserve, la dénonciation aux autorités judiciaires, d'actes délictueux ou criminels, sous réserve d'en informer préalablement la direction de l'hôpital.

ARTICLE 39 :

- Obligation de désintéressement

Le personnel ne doit accepter ni rémunération, ni pourboire de la part des patients et des visiteurs.

ARTICLE 40 :

- Exercice professionnel et obligations de service

Les personnels doivent assurer leur service en remplissant les tâches qui relèvent de leur emploi et des missions de l'établissement. Hormis les cas d'absence légaux, les agents doivent assurer leurs fonctions de façon continue dans les conditions prévues par le tableau de service.

Le tableau de service est établi de manière nominative ; toute proposition de changement à l'initiative des agents doit être validée par l'autorité chargée de sa gestion.

L'assiduité et la ponctualité font partie des conditions essentielles du bon fonctionnement de l'hôpital.

La continuité du service public hospitalier justifie, en cas de grève, le recours au service minimum. Le directeur a le droit d'assigner au service des agents indispensables à son fonctionnement minimum.

ARTICLE 41 :

- Exécution des ordres reçus et droit de retrait

La hiérarchie est un principe d'organisation de l'administration : chaque agent a un rang hiérarchique et il est responsable des tâches qui lui sont confiées.

A ce rang, il doit donc se conformer aux instructions de son supérieur et ne peut s'y soustraire que dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement l'intérêt public.

Tout agent peut se retirer d'une situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle représente un danger grave et imminent pour sa santé. Cette possibilité doit être exercée de telle manière qu'elle ne puisse créer pour autrui une nouvelle situation de danger grave et imminent.

ARTICLE 42 :

- Information du supérieur hiérarchique

Tout agent doit informer son supérieur hiérarchique des incidents graves susceptibles de porter atteinte à la sécurité des patients ou de l'établissement, ou de générer un dysfonctionnement préjudiciable à la sécurité dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

ARTICLE 43 :

- Obligation de résidence

Il n'existe pas d'obligation de résidence générale pour les fonctionnaires hospitaliers.

Le directeur et ses adjoints sont soumis à une obligation de résidence par nécessité impérieuse de service.

Pour les autres agents hospitaliers et notamment ceux qui assurent des astreintes à domicile, leur lieu de résidence, doit leur permettre de répondre rapidement aux obligations de continuité de service

ARTICLE 44 :

- Tenue vestimentaire et identification du personnel

L'hôpital fournit et assure le blanchissage des vêtements de travail personnalisés avec l'indication de l'identité et du grade de chaque agent. Le port de ces tenues vestimentaires est obligatoire pendant toute la durée du service et est interdite, dans les restaurants du personnel, pour des raisons d'hygiène et à l'extérieur de l'établissement, à l'exception des services intervenant à l'extérieur de l'établissement (HAD ...).

La propreté vestimentaire est une règle élémentaire qui s'applique à tout agent hospitalier qui doit veiller à ne pas perdre ni détériorer ses vêtements de travail.

ARTICLE 45 :

- Comportement du personnel

Le comportement du personnel doit être correct en toute circonstance.

Chaque personne hospitalisée ou résidant a droit au professionnalisme et à une attention constante des membres du personnel.

ARTICLE 46 :

- Effets et biens personnels

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

CHAPITRE II - OBLIGATIONS A L'EGARD DES USAGERS

ARTICLE 47 :

- Secret professionnel

L'ensemble du personnel hospitalier est tenu au secret professionnel qui est un principe fondamental du droit de la santé défini tant par le code pénal que les codes de déontologie des différents professionnels de santé.

Le code pénal punit non seulement les médecins, chirurgiens, pharmaciens, sages-femmes, mais de façon générale toutes les personnes qui, dépositaires par état ou par profession, par fonction temporaire ou permanente, de secrets qui leur sont confiés, auront révélé ces secrets, hors les cas où la loi les contraint à se porter dénonciateurs (par exemple, dénonciation obligatoire des crimes et délits).

ARTICLE 48 :

- Obligation de discrétion :

Cette obligation est relative à tous faits, informations ou documents dont les membres du personnel ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

L'obligation de discrétion professionnelle contraint les agents au silence pour tous les faits ou informations dont ils ont eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

Les personnels sont tenus à cette obligation à l'égard des personnes étrangères à l'établissement, mais également à l'égard de leurs collègues de travail, qui, en raison de leurs attributions dans le service, n'ont pas à connaître du document ou du fait dont il peut être question.

Le secret médical ne peut être partagé avec des praticiens ne participant pas aux soins du patient concerné.

ARTICLE 49 :

- Obligation d'information du patient et de ses proches

Avec l'article 26 de la loi du 13 juillet 1983, l'information du public devient une obligation fondamentale du fonctionnaire : "les fonctionnaires ont le devoir de satisfaire aux demandes d'information du public". Ce principe général est limité par les obligations précisées dans les articles précédents.

ARTICLE 50 :

- Relations avec les personnes soignées, leur famille et les usagers de l'hôpital

Il est recommandé à tout agent hospitalier :

- d'accueillir et d'informer les familles avec tact en toutes circonstances
- de leur assurer le maximum de confort physique et moral
- d'être courtois, poli et à leur écoute ainsi qu'à celle de leurs proches
- d'informer le responsable de secteur de leurs désirs et doléances.

La Commission de Relation avec l'Usager et de Qualité de Prise en Charge (CRUQPC) instaure une médiation entre l'établissement et l'utilisateur lorsque cela est nécessaire (demandes d'information, litiges).

En EHPAD, le Conseil de la Vie Sociale (CVS) est une instance qui permet l'expression des résidents et des familles. Par ailleurs, lors des réunions, le Directeur donne les informations sur la vie de l'établissement.

ARTICLE 51 :

- Respect de la personne et de son intimité

Le personnel doit veiller au respect de la personne et à l'intimité des patients, ceci en particulier lors des pratiques suivantes : toilette, soins, traitement, radiographie, transport ...

Toutes les mesures nécessaires doivent être prises pour réduire les nuisances liées au bruit et à la lumière.

ARTICLE 52 :

- Droit à la vie privée et la confidentialité

Le patient hospitalisé a le droit au respect de la vie privée comme le prévoient l'article 9 du code civil et la convention européenne des droits de l'homme.

La personne hospitalisée doit se voir garantir par le personnel la confidentialité de son courrier, de ses appels téléphoniques, de ses entretiens.

L'accès des personnes extérieures (journalistes, démarcheurs ...) ne peut se faire qu'avec l'accord du directeur et l'autorisation expresse des patients et résidents et du chef de service.

ARTICLE 52 bis :

- Droit d'aller et venir du résident en EHPAD

Le résident a le droit de circuler librement, sauf s'il est hébergé en unité sécurisée (Unité Alzheimer). Il prévient de son absence l'équipe soignante.

ARTICLE 53 :

- Devoir de neutralité

La neutralité est un des grands principes du service public hospitalier.

Dans l'exercice de ses fonctions, le personnel doit traiter de façon égale les usagers du service public, sans discrimination de quelque nature qu'elle soit.

ARTICLE 54 :

- Interdiction de fumer

Il est interdit, pour des raisons d'hygiène et de sécurité, de fumer dans les locaux d'hospitalisation et de consultations, dans les locaux techniques, notamment les laboratoires et les pharmacies, ainsi que dans les locaux de réunions et les restaurants. Ce dispositif d'interdiction est proposé en application de la loi EVIN.

ARTICLE 55 :

- Dépôt de valeur

Aucun agent de l'hôpital ne doit conserver des dépôts d'argent ou d'objets de valeur appartenant à des patients. Ces dépôts doivent être effectués, sans délai auprès du régisseur de recettes disposant d'un coffre-fort à cet effet.

TITRE III - CIRCULATION et STATIONNEMENT

ARTICLE 56 :

- Véhicules autorisés

Les véhicules autorisés dans l'enceinte de l'établissement sont :

- les ambulances et VSL
- les véhicules de personnes accompagnant les hospitalisés, de consultants.
- les véhicules des cadres de direction, des médecins.
- les véhicules de service et ceux de fournisseurs ou d'entreprises intervenant dans l'hôpital.

Le personnel non médical de l'établissement, peut accéder aux parkings qui lui sont réservés sur le site.

ARTICLE 57 :

- Stationnement

Tous véhicules doivent être garés sur les emplacements prévus à cet effet.

Lors des livraisons dans l'établissement, la circulation ne doit pas être entravée.

ARTICLE 58 :

- Vitesse de circulation

Dans l'enceinte de l'établissement, les véhicules ne doivent pas dépasser la vitesse de 20 km/heure.

TITRE IV - ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Les hôpitaux sont administrés par un Conseil d'Administration et dirigés par un directeur

CHAPITRE I - LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 59 :

- Compétences

Le Conseil d'Administration arrête la politique générale de l'établissement, sa politique d'évaluation et de contrôle et délibère, après avis de la Commission Médicale d'Etablissement et du Comité Technique d'Etablissement, sur :

1. Le projet d'établissement et le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1, après avoir entendu le président de la commission médicale d'établissement ;
2. La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
3. L'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, ses modifications, ses éléments annexes, le rapport préliminaire à cet état, ainsi que les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale ;
4. Le plan de redressement prévu à l'article L. 6143-3 ;
5. Les comptes et l'affectation des résultats d'exploitation ;
6. L'organisation interne de l'établissement définie à l'article L. 6146-1 ainsi que les procédures prévues à l'article L. 6145-16 ;
7. Les structures prévues à l'article L. 6146-10 ;
8. La politique sociale et les modalités d'une politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;
9. La mise en œuvre annuelle de la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 et d'actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre, définie par le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
10. Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, ainsi que les conditions des baux de plus de dix-huit ans ;

11. Les baux emphytéotiques mentionnés à l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat conclus en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 et les conventions conclues en application de l'article L. 6148-3 et de l'article L. 1311-4-1 du code général des collectivités territoriales, lorsqu'elles répondent aux besoins d'un établissement public de santé ou d'une structure de coopération sanitaire dotée de la personnalité morale publique ;
12. La convention constitutive des centres hospitaliers et universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;
13. La prise de participation, la modification de l'objet social ou des structures des organes dirigeants, la modification du capital et la désignation du ou des représentants de l'établissement au sein du conseil d'administration ou de surveillance d'une société d'économie mixte locale, dans les conditions prévues par le présent code et par le code général des collectivités territoriales ;
14. Le règlement intérieur.

Le Conseil d'Administration est régulièrement tenu informé de la réalisation des objectifs du projet d'établissement et du contrat pluriannuel, par le suivi de leurs indicateurs de résultat, ainsi que de l'évolution de l'activité de l'établissement et du suivi de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses.

En cas d'écart significatif et prolongé entre objectifs et résultats, il peut décider la réalisation d'un audit.

Au vu des conclusions de l'audit, le Conseil d'Administration peut décider d'adopter un plan de sauvegarde ou de redressement.

Le Conseil d'Administration peut décider de ne pas donner suite à la demande d'audit formulée conjointement par la Commission Médicale d'Etablissement et le Comité Technique d'Etablissement, il adresse alors une réponse motivée à la Commission Médicale et au Comité Technique.

ARTICLE 60 :

- Fonctionnement

Le Conseil d'Administration se réunit au moins quatre fois par an, sur convocation du Président. Il se réunit en séance extraordinaire à la demande de la moitié de ses membres ou à la demande du Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation.

L'ordre du jour est arrêté par le président et adressé à l'ensemble des administrateurs et aux personnes qui assistent avec voix consultative, au moins 7 jours à l'avance.

En cas d'urgence, le délai peut être abrégé sans pouvoir toutefois être inférieur à un jour franc. Le président en rend compte au Conseil d'Administration qui se prononce définitivement sur l'urgence et peut décider le renvoi de la discussion, pour tout ou partie, à l'ordre du jour d'une séance ultérieure.

Les séances du Conseil d'Administration ne sont pas publiques.

Le Conseil d'Administration ne peut délibérer valablement que si la majorité des membres en exercice assistent à la séance.

La présidence du Conseil d'Administration des établissements communaux est assurée par le Maire.

Toutefois, le Maire peut renoncer à la présidence du Conseil d'Administration pour la durée de son mandat électif. Dans ce cas, son remplaçant est élu par et parmi les représentants des collectivités territoriales ou parmi les personnalités qualifiées et des représentants des usagers membres du Conseil d'Administration.

Le président du Conseil d'Administration désigne, parmi les représentants des collectivités territoriales ou parmi les personnalités qualifiées et des représentants des usagers membres du Conseil d'Administration, celui qui le supplée en cas d'empêchement.

En cas d'absence du président et de son suppléant ou jusqu'à l'élection d'un nouveau président, la présidence des séances est assurée par le plus âgé des représentants des collectivités territoriales, des personnalités qualifiées et des représentants des usagers membres du Conseil d'Administration.

Le secrétariat du Conseil d'Administration est assuré à la diligence du directeur.

Les délibérations sont conservées dans un registre spécial confié à la garde du directeur de l'établissement. Ce registre est tenu à la disposition des administrateurs qui peuvent le consulter sur place. Ils peuvent également obtenir des copies ou extraits de délibérations.

Les administrateurs reçoivent un compte rendu de séance après chaque réunion du Conseil d'Administration.

Les copies, extraits ou comptes rendus des délibérations ne peuvent toutefois être utilisés que sous réserve du respect des prescriptions de l'article 226-13 du Code Pénal.

En outre, les administrateurs ainsi que les personnes siégeant avec voix consultative sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et données comme telles par le président.

ARTICLE 61 :

- Composition

La liste nominative des membres des conseils d'administration de chaque établissement public de santé est arrêtée par le Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation.

Au Centre Hospitalier de GAILLAC, le Conseil d'Administration comprend 21 membres ayant voix délibérative:

- le Maire de la commune (président)
- 3 représentants du conseil municipal de la commune de rattachement

- 2 représentants du conseil municipal de deux autres communes de la région
- 1 représentant du Conseil Général
- 1 représentant du Conseil Régional Midi-Pyrénées
- 4 représentants de la Commission Médicale d'Etablissement :
 - Le président
 - Le vice-président
 - Deux autres membres
- 1 représentant de la commission de soins infirmiers de rééducation et médico-techniques
- 3 représentants des personnels titulaires relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires
- 2 personnes qualifiées (dont un médecin non hospitalier et un représentant non hospitalier des professions paramédicales)
- 3 représentants des usagers.

Le directeur de l'établissement ou, en cas d'empêchement, son représentant assiste avec voix consultative aux séances du conseil d'administration. Il peut se faire assister par les collaborateurs de son choix.

Peuvent assister aux séances du conseil d'administration, avec voix consultative :

- Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, ou son représentant, ainsi que des collaborateurs de son choix,
- Le médecin inspecteur régional de santé publique, ou son représentant,
- Le ou les médecins inspecteurs départementaux de santé publique.

CHAPITRE II - LE DIRECTEUR

ARTICLE 62 :

- Compétences

Les ordonnances n° 2003-850 du 4 septembre 2003 et n° 2005-406 du 2 mai 2005 fixent les pouvoirs propres du Directeur et les décisions arrêtées conjointement avec le Président de la Commission Médicale d'Établissement.

- Pouvoirs propres du directeur

Le Directeur du Centre Hospitalier de GAILLAC représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il prépare les travaux du Conseil d'Administration et lui soumet le projet d'établissement. Il est chargé de l'exécution des décisions du Conseil d'Administration et met en oeuvre la politique définie par ce dernier et approuvée par le Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation.

Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles qui relèvent de la compétence du Conseil d'Administration.

Il est autorité de police administrative. Ce pouvoir de police s'étend à la réglementation de la visite des malades par quiconque, y compris le médecin traitant, dès lors qu'il relève du bon ordre de l'établissement et de la sécurité des malades.

Il assure la gestion et la conduite générale de l'établissement et en tient le Conseil d'Administration informé. A cet effet, il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel, dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art. Il est par ailleurs garant de la protection du personnel.

Il assure l'ordonnancement des dépenses et l'émission des titres de recettes.

La représentation légale de l'établissement lui incombe, à savoir :

- la passation des contrats ou conventions
- la passation des marchés
- la signature des actes de vente et d'achat.

Le Directeur est assisté par une équipe de direction, composée notamment de membres du corps de direction des hôpitaux ou des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Il peut déléguer sa signature à des membres du corps de direction des hôpitaux ou des établissements sanitaires et médico-sociaux, à des fonctionnaires de catégorie A ou B et à des pharmaciens des hôpitaux.

- **Décisions conjointes du Directeur et du Président de la Commission Médicale d'Etablissement**

Le directeur et le président de la Commission Médicale d'Etablissement décident conjointement du nombre de membres du conseil exécutif.

Le directeur et le président de la Commission Médicale d'Etablissement, d'une part, et chaque responsable de pôle d'activité, d'autre part négocient puis cosignent un contrat interne avec chaque pôle d'activité qui bénéficie d'une délégation de gestion de la part du directeur.

Le directeur peut en effet, sous sa responsabilité, déléguer sa signature dans les conditions prévues par l'article L. 6145-16. Les délégataires sont dès lors, dans l'exercice des actes de gestion pour lesquels ils bénéficient d'une délégation de signature, placés sous l'autorité hiérarchique du directeur de l'établissement.

CHAPITRE III - LES INSTANCES CONSULTATIVES

Les différentes catégories de personnel sont associées au processus décisionnel ou consultées :

I - LA REPRESENTATION DU PERSONNEL MEDICAL :

1 LE CONSEIL EXECUTIF

ARTICLE 63

- Compétences

Le Conseil Exécutif :

1. Prépare les mesures nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement et du contrat pluriannuel et, à ce titre, les délibérations du Conseil d'Administration. Il en coordonne et en suit l'exécution ;
2. Prépare le projet médical ainsi que les plans de formation et d'évaluation concernant la lutte contre les infections nosocomiales mentionnée, la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et l'organisation de la lutte contre les affections iatrogènes.
3. Contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan de sauvegarde ou de redressement quand le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation en a fait la demande au conseil d'administration.
4. Donne un avis sur la nomination des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique et des chefs de services ;
5. Désigne les professionnels de santé avec lesquels la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques peut conduire des travaux conjoints dans les matières relevant de ses compétences.

ARTICLE 64

- Composition

Le conseil exécutif, présidé par le directeur, associe à parité :

1. Le directeur et des membres de l'équipe de direction désignés par celui-ci ;
2. Le président de la commission médicale d'établissement et des praticiens désignés par celle-ci, dont au moins la moitié doit exercer les fonctions de responsables de pôles d'activité.

Le nombre de membres ne peut excéder 8.

ARTICLE 65

- Fonctionnement

Le conseil exécutif se réunit régulièrement pour préparer ses avis et délibérations. Pour ce faire, il se dote d'un règlement propre.

Afin de garantir que les délibérations du conseil exécutif aboutissent effectivement à des projets de décisions, le directeur a voix prépondérante en cas de partage égal des voix.

Le conseil exécutif peut entendre toute personne compétente sur les questions de l'ordre du jour.

CHAPITRE IV - ORGANES REPRESENTATIFS ET EXPRESSION DES PERSONNELS

I La Commission Médicale d'Etablissement et ses sous-commissions spécialisées

I-1 : La Commission Médicale d'Etablissement

La Commission Médicale d'Etablissement du centre hospitalier de GAILLAC est, en application de l'article L6144-1, dotée de compétences consultatives et appelée à préparer avec le conseil exécutif des décisions dans des matières et dans des conditions fixées par voie réglementaire aux Articles R. 6144-1 à R. 6144-30 de la nouvelle partie réglementaire du Code de la Santé Publique rappelés ci après.

ARTICLE 66

- Compétences

La Commission médicale d'établissement :

1. Est consultée pour avis sur les projets de délibérations devant être soumis au Conseil d'Administration ;
2. Prépare avec le conseil exécutif, le projet médical de l'établissement qui définit, pour une durée maximale de cinq ans, les objectifs médicaux compatibles avec le schéma d'organisation sanitaire dont l'organisation en pôles cliniques et médico-techniques et, le cas échéant, de leurs structures internes ;
3. Organise la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins, et des pharmaciens dont le statut, qui peut prévoir des dispositions spécifiques selon que ces praticiens consacrent tout ou partie de leur activité à ces établissements, est établi par voie réglementaire et, à cet effet, prépare avec le conseil exécutif les plans de formation et actions d'évaluation correspondants ; examine, en formation restreinte, les mesures relatives au respect de l'obligation de formation continue prises par le conseil régional de la formation médicale ainsi que les conclusions des organismes agréés chargés de l'évaluation.
4. Emet un avis sur le projet des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
5. Emet un avis sur le fonctionnement des pôles autres que médicaux, et pharmaceutiques et de leurs éventuelles structures internes, dans la mesure où ce fonctionnement intéresse la qualité des soins ou la santé des malades ;
6. Emet un avis sur les nominations des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique;
7. Emet, dans la formation restreinte, un avis sur les questions individuelles relatives au recrutement et à la carrière des praticiens, conformément aux dispositions régissant ces différentes catégories de praticiens.

La commission médicale d'établissement peut mandater son président pour préparer les mesures mentionnées aux 2° et 3° du présent article. Elle est régulièrement tenue informée de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement et des créations, suppressions ou transformations d'emplois de praticiens hospitaliers.

ARTICLE 67

- Fonctionnement

La Commission siège en formation plénière.

Toutefois, elle siège en formation restreinte lorsqu'elle examine les questions individuelles relatives au recrutement et à la carrière des personnels médicaux :

Cette formation est limitée aux praticiens titulaires pour les questions relatives aux personnels de ces corps.

Se joignent à eux, dès lors que la commission examine les questions de leur catégorie les assistants, les praticiens contractuels, les praticiens adjoints contractuels, les praticiens attachés et, le cas échéant, les médecins mentionnés à l'article 14 de la loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.

En formation restreinte, l'avis est donné hors la présence du membre de la Commission Médicale d'Etablissement dont la situation est examinée ou de toute personne ayant avec l'intéressé un lien de parenté ou d'alliance jusqu'au quatrième degré inclus. Les votes ont lieu au scrutin secret.

Article R. 6144-24

La commission se réunit au moins quatre fois par an.

Elle établit son règlement.

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

Elle peut émettre des vœux relatifs aux conditions de fonctionnement de l'établissement. Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux de la commission médicale d'établissement sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison de toutes les pièces et documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux.

Article R. 6144-25

La Commission se réunit sur convocation de son président. Elle est réunie à la demande soit du tiers au moins de ses membres, soit du président du conseil d'administration, soit du directeur de l'établissement, soit du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ou du médecin inspecteur régional de santé publique. A défaut de convocation par le président, la convocation est effectuée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

L'envoi des convocations est assuré par le secrétariat de la commission.

L'ordre du jour est fixé par le président ou, en cas d'empêchement, par le vice-président. Il peut être fixé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation lorsque ce dernier a convoqué la commission.

Sauf cas d'urgence, l'ordre du jour est adressé au moins sept jours à l'avance aux membres de la Commission et aux personnes qui y siègent avec voix consultative.

Sauf dispositions contraires, les avis émis par les commissions médicales d'établissement et les désignations auxquelles elles procèdent, notamment la désignation d'un représentant de la commission médicale d'établissement à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, le sont valablement lorsque plus de la moitié des membres sont présents.

Lorsque, après une convocation régulière, ce quorum n'a pas été réuni, une deuxième convocation est faite à huit jours d'intervalle. L'avis est alors émis valablement quel que soit le nombre des membres présents.

Sauf vote à scrutin secret, la voix du président est prépondérante s'il y a partage égal des voix.

Les votes par correspondance et les votes par procuration ne sont pas admis.

Article R. 6144-26

La commission médicale d'établissement constitue en son sein un bureau. La composition du bureau, ses règles d'organisation et de fonctionnement sont définies par le règlement de la commission.

Le bureau prépare les délibérations de la commission médicale d'établissement portant sur des questions autres que La lutte contre les infections nosocomiales; la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et l'organisation de la lutte contre les affections iatrogènes ou examinées par la commission en formation restreinte.

La commission peut entendre toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour, et notamment le médecin-conseil régional de la sécurité sociale ou son représentant ainsi que le médecin-conseil de la caisse dans le cas où il ne siégerait pas à un autre titre.

Siègent avec voix consultative à la commission :

1. le directeur de l'établissement. Il peut se faire représenter par un membre du corps des personnels de direction de son choix et être assisté par un ou des collaborateurs de son choix ;
2. Le représentant du comité technique d'établissement;
3. Le médecin inspecteur régional et le médecin inspecteur départemental de santé publique ;
4. Un représentant de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élu par cette commission au scrutin majoritaire à un tour ; en cas d'égalité de suffrages, le plus âgé des candidats est élu ;

5. Le médecin-conseil de la caisse assurant l'analyse d'activité de l'établissement en application de l'article R. 166-5 du code de la sécurité sociale ;
6. Le médecin responsable de l'information médicale, s'il n'est pas membre de la commission ;
7. Le médecin responsable de la médecine du travail, s'il n'est pas membre de la commission.

Toutefois, les personnes mentionnées aux 2° à 7° ci-dessus ne siègent pas lorsque la commission médicale d'établissement se réunit en formation restreinte dans les cas prévus à l'article R. 6144-23.

Les avis et vœux de la commission sont adressés, dans un délai maximum de quinze jours, par les soins du secrétariat au conseil d'administration, au préfet, au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, au médecin inspecteur régional de santé publique, au médecin inspecteur départemental de santé publique et au médecin-conseil régional de la sécurité sociale.

Le président de la Commission assure l'information du corps médical et pharmaceutique de l'établissement en lui communiquant, dans un délai maximum d'un mois, par l'intermédiaire du secrétariat de la commission, les avis, décisions et éventuellement les vœux émis par la commission dans le cadre de ses attributions. Toutefois, s'agissant de questions mentionnées à l'article R. 6144-23, seuls sont transmis les extraits des avis émis.

En outre, lorsque plus de la moitié des praticiens exerçant dans l'établissement ne siègent pas à cette commission, le corps médical et pharmaceutique de l'établissement, réuni en assemblée générale, est informé au moins deux fois par an sur les travaux et délibérations de cette commission ainsi que sur la réalisation des objectifs fixés par le projet d'établissement ou le contrat d'objectifs et de moyens. L'assemblée générale est convoquée par le président de la commission médicale d'établissement. Son organisation et ses règles de fonctionnement sont définies par le règlement intérieur de l'établissement. Son secrétariat est assuré à la diligence du représentant légal de l'établissement.

ARTICLE 68

- Composition

La Commission médicale comprend :

1° Les responsables de pôle d'activité clinique ou médico-technique ainsi que, dans les pôles d'activité comportant plusieurs services ou structures médicales ou pharmaceutiques, les chefs de service

2° En nombre égal à celui des praticiens mentionnés au 1°, des représentants des praticiens hospitaliers titulaires régis par les dispositions des sections 1 et 2 du chapitre II du titre V du présent livre et, le cas échéant, des représentants des pharmaciens régis par les dispositions du décret n° 72-361 du 20 avril 1972 relatif à la nomination et à l'avancement des pharmaciens résidents des établissements d'hospitalisation, de soins et de cure publics élus par l'ensemble des praticiens hospitaliers et pharmaciens autres que ceux mentionnés au 1°, à l'exception de ceux qui ont été nommés en application des articles R. 6152-16 et R. 6152-222 ;

3° Cinq représentants au total des médecins et pharmaciens contractuels dont :

- a) Deux représentants élus par et parmi les assistants mentionnés;
- b) Deux représentants élus par et parmi les praticiens attachés et les médecins mentionnés à l'article 14 de la loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique qui effectuent au moins trois demi-journées ou trois vacations par semaine ;
- c) Un représentant élu par et parmi les praticiens adjoints contractuels mentionnés à l'article 1er du décret n° 95-569 du 6 mai 1995 relatif aux médecins et pharmaciens recrutés par les établissements de santé privés participant au service public hospitalier en application des articles 3 et 4 de la loi n° 95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social et par les praticiens contractuels mentionnés à l'article R. 6152-402, parmi les praticiens contractuels mentionnés au 6° de cet article.

Article R. 6144-4

Par dérogation aux dispositions de l'article R. 6144-2 :

Lorsque le nombre de praticiens, y compris les pharmaciens, mentionnés au 2° de l'article R. 6144-2 est au plus égal à celui des praticiens mentionnés au 1° du même article, la commission médicale d'établissement est constituée par l'ensemble des praticiens titulaires à temps plein ou à temps partiel et par les représentants des collèges de personnel prévus aux 3° à 5° de l'article R. 6144-2, sans que le nombre de ces représentants soit supérieur à la moitié de celui des praticiens hospitaliers titulaires à temps plein ou à temps partiel ;

Lorsque des praticiens hospitaliers soumis aux dispositions de la section 1 du chapitre II du titre V du présent livre partagent leurs activités entre deux établissements, ils siègent de droit dans chacune des commissions médicales d'établissement ou y sont électeurs et éligibles pour autant que l'activité qu'ils exercent dans chacun des établissements est au moins égale à l'activité minimale exigée d'un praticien à temps partiel dans la même discipline. S'agissant des praticiens hospitaliers pharmaciens, cette activité minimale est de quatre demi-journées hebdomadaires pour l'application du présent article.

(Lorsque les pôles d'activité clinique et médico-technique sont constitués de structures internes mentionnées à l'article L. 6146-5, le conseil d'administration définit dans le règlement intérieur celles de ces structures dont les responsables siègent à la commission médicale d'établissement au titre du collège faisant l'objet du 1° de l'article R. 6144-2)

Si une ou plusieurs vacances réduisent, en cours de mandat, le nombre de représentants siégeant au titre du 1° de l'article R. 6144-2, le nombre de représentants prévu au 2° du même article participant aux votes lors de l'examen des questions mentionnées à l'article R. 6144-23 est réduit à due concurrence dans l'ordre inverse du nombre de voix obtenues par les intéressés lors des élections à la commission médicale d'établissement.

Si une ou plusieurs nominations augmentent, en cours de mandat, le nombre de représentants siégeant au titre du 1° de l'article R. 6144-2, le nombre des représentants prévus au 2° du même article est augmenté à due concurrence en faisant appel aux suppléants de cette catégorie.

Pour les sièges attribués par voie d'élection, outre les titulaires, il est prévu des suppléants, sans qu'il y ait de candidatures distinctes.

Les élections des titulaires et suppléants ont lieu au scrutin secret uninominal majoritaire à deux tours.

Nul n'est élu au premier tour de scrutin s'il n'a réuni :

1. La majorité absolue des suffrages exprimés ;
2. Un nombre de suffrages égal au quart du nombre des électeurs inscrits.

Au deuxième tour de scrutin, l'élection a lieu à la majorité relative, quel que soit le nombre de votants.

Si plusieurs candidats obtiennent le même nombre de suffrages, l'élection est acquise au plus âgé.

La durée du mandat est fixée à quatre ans. Les membres sont rééligibles.

Lorsqu'un membre titulaire démissionne ou cesse d'appartenir à la catégorie ou à la discipline qu'il représente en cours de mandat, il est remplacé par le suppléant de la catégorie ou de la discipline considérée qui a obtenu le plus grand nombre de voix.

En l'absence d'autre membre suppléant dans la catégorie ou la discipline considérée, il est aussitôt pourvu au remplacement du membre suppléant devenu titulaire, dans les conditions prévues à l'article R. 6144-16.

Les fonctions des nouveaux membres prennent fin à la date à laquelle auraient cessé celles des membres qu'ils remplacent.

La convocation des collèges électoraux et l'organisation des élections ainsi que la proclamation des résultats incombent au directeur de l'établissement.

Toutefois, lorsqu'au sein d'un collège le nombre des personnels éligibles est au plus égal au nombre de sièges de membres titulaires à pourvoir au titre de ce collège, les personnels considérés sont désignés en qualité de membres titulaires de la commission sans qu'il soit nécessaire de procéder à des élections.

Dans le cas mentionné à l'alinéa précédent et dans le cas mentionné au 1° de l'article R. 6144-4, si, en raison d'une ou plusieurs nominations, le nombre des personnels éligibles devient supérieur au nombre de sièges de membres titulaires, les mandats en cours se poursuivent jusqu'à l'échéance normale de leur terme.

Jusqu'à cette même date, les nouveaux praticiens nommés ou intervenant dans l'établissement et remplissant les conditions d'éligibilité dans les collèges considérés sont désignés en qualité de suppléants par le directeur, dans les limites définies par l'arrêté prévu à l'article R. 6144-22, à compter de la date à laquelle ils prennent leurs fonctions.

Si, au cours de la même période, des membres titulaires cessent d'exercer leur mandat dans les conditions prévues à l'article R. 6144-17, il est fait appel aux suppléants du collège considéré, en fonction de l'ordre dans lequel ils ont été désignés en cette qualité.

Dans les centres hospitaliers, la commission médicale élit son président et son vice-président parmi les praticiens hospitaliers mentionnés aux 1° et 2° de l'article R. 6144-2.

Le président et le vice-président sont élus par l'ensemble des membres au scrutin uninominal majoritaire à deux tours. Nul ne peut être élu au premier tour s'il n'a obtenu la majorité absolue des électeurs. Au deuxième tour, la majorité relative suffit. En cas d'égalité des suffrages, le plus âgé des candidats est élu.

Un même praticien hospitalier ne peut assurer les fonctions de président de la commission médicale au-delà de deux mandats successifs, ou de trois mandats successifs si la durée du premier, exercé à la suite de la cessation anticipée de fonctions d'un autre président, n'a pas excédé deux ans. Il peut à nouveau exercer ces fonctions après un intervalle de quatre ans.

En l'absence du président et du vice-président, ou jusqu'à leur élection, la commission est présidée par le plus âgé des membres susceptibles de remplir cette fonction.

La procédure des élections des membres, titulaires et suppléants, des commissions, de leur président et de leur vice-président est déterminée par arrêté du ministre chargé de la santé.

I-2 Les sous-commissions spécialisées de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier de GAILLAC

La commission médicale d'établissement du centre hospitalier de GAILLAC comporte 4 sous-commissions spécialisées, créées par le règlement intérieur de l'établissement, qui participent par leurs avis et propositions à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Ces Sous-commissions sont :

- la Sous-commission de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance
- la Sous-commission de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN),
- la Sous-commission du Médicament et des dispositifs médicaux stérile (COMEDIMS),
- la Sous-commission de Lutte contre la Douleur et de prise en charge des Soins Palliatifs (CLUD).

ARTICLE 69

- Compétences

Les sous-commissions contribuent par leurs avis et propositions à la définition de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans le ou les domaines qui leur sont attribués. A cet effet, sans préjudice de dispositions législatives ou réglementaires spécifiques aux différents domaines traités, chaque sous-commission :

1. Participe à l'évaluation des pratiques des différents secteurs d'activité de l'établissement ;
2. Apprécie l'impact de la mise en oeuvre des mesures adoptées par le conseil d'administration ;
3. Elabore un programme annuel d'actions et formule des recommandations, notamment en matière de formation des personnels.

ARTICLE 70

- Fonctionnement

Pour faciliter l'exercice de leurs missions, une ou plusieurs sous-commissions sont réunies avant chaque Commission médicale d'Etablissement selon le calendrier annuel fixé par le Président de la CME.

En tout état de cause, chaque sous-commission se réunit au moins deux fois par an à l'initiative de son président qui établit l'ordre du jour de la séance et le communique quinze jours avant sa réunion à l'ensemble des membres.

En tout état de cause, chaque sous-commission se réunit au moins une fois par an pour délibérer sur son rapport d'activité et sur ses propositions de programme annuel d'actions.

Une sous-commission se tient valablement sous réserve de la présence d'au moins la moitié de ses membres.

Chaque sous-commission dispose des moyens nécessaires à l'exercice de ses missions.

Dans les conditions définies par le règlement intérieur et pour les domaines relevant de sa compétence, chaque sous-commission est notamment tenue informée :

1. Des résultats de la procédure de certification ainsi que des engagements nécessaires pour faire suite à cette procédure ;
2. De tous les événements indésirables survenus dans l'établissement, en particulier ceux ayant fait l'objet des déclarations prévues aux articles L. 1413-14 et L. 4135-1.

Toutefois, les données de santé à caractère personnel ne sont transmises à ses membres qu'après avoir été rendues anonymes. Elle est destinataire des délibérations adoptées par le conseil d'administration sur les matières mentionnées au 2^o de l'article L. 6143-1 ainsi que des avis, vœux ou propositions émis par toute autre instance consultative de l'établissement sur les questions concernant son domaine d'attributions. Elle peut préconiser la réalisation d'enquêtes ou d'audits.

Le Président de chaque sous-commission organise l'élaboration d'un rapport annuel rendant compte des analyses et activités de la sous-commission. Un membre de chaque sous-commission, membre de la CME présente annuellement les programmes élaborés et les propositions, rapports et avis émis à l'examen de la commission médicale d'établissement. Assortis de l'avis émis par cette dernière, ce rapport est transmis :

- à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- au comité technique d'établissement, au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ainsi qu'à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

Les projets de délibérations du conseil d'administration sont accompagnés de ces différents avis. Le rapport annuel d'activité est transmis au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation par le représentant légal de l'établissement.

ARTICLE 71

- Composition

Le directeur de l'établissement ou son représentant et le président de la commission médicale d'établissement ou son représentant sont membres de droit des sous-commissions spécialisées.

Chaque sous-commission spécialisée comporte, outre des membres désignés par la commission médicale d'établissement, les professionnels médicaux ou non médicaux dont l'expertise est nécessaire à l'exercice de ces missions. A ce titre, un représentant de la cellule qualité est membre de droit de chaque sous-commission.

Dans la mesure du possible, un professionnel de chacun des pôles de l'établissement est membres de chaque sous-commission.

Les représentants des usagers siégeant au sein de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge assistent, avec voix consultative, aux séances au cours desquelles les sous-commissions spécialisées délibèrent sur leur rapport d'activité et sur leurs propositions de programme annuel d'actions. L'ordre du jour et la date de cette séance leur sont notifiés dans les mêmes conditions et les mêmes délais qu'aux membres permanents.

Le président et le vice-président de chaque sous-commission sont désignés par le président de la commission médicale d'établissement, après avis de cette instance.

1. ***La Sous-commission de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance*** est destinée à garantir la sécurité sanitaire en matière de transfusion sanguine.

- Désignation

Dans les établissements publics de santé, la désignation du correspondant d'hémovigilance intervient après avis de la Commission Médicale d'Etablissement.

Le nom du correspondant est communiqué par l'établissement à l'Agence Française de sécurité sanitaire des produits de santé, au coordonnateur régional d'hémovigilance concerné et à l'établissement de transfusion sanguine référent.

Ses membres sont :

- Le directeur de l'établissement public de santé ou son représentant.
- le président de la commission médicale d'établissement ou son représentant.
- Deux praticiens désignés en son sein par la commission médicale d'établissement, dont le correspondant hémovigilance de l'établissement.
- Le directeur de l'établissement de transfusion sanguine ou son représentant.
- Le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ou son représentant.
- Un responsable du secteur biomédical désigné par le Directeur.
- Deux membres des personnels paramédicaux désignés par le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dont au moins un membre de ladite commission.
- Un représentant du comité technique d'établissement.
- Un représentant du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
- un représentant de la cellule qualité

La sous-commission chargée de la sécurité transfusionnelle et de l'hémovigilance a pour mission, conformément à l'article R. 1221-45 :

- de contribuer par leurs études et propositions à l'amélioration de la sécurité des patients transfusés dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les groupements de coopération sanitaire où ils sont constitués.

Cette sous-commission :

- Veille à la mise en œuvre des règles et procédures d'hémovigilance.
- Coordonne les actions d'hémovigilance.
- S'assure auprès des services responsables de la présence dans le dossier médical, des documents relatifs aux actes transfusionnels et, le cas échéant, de la copie de la fiche de déclaration d'effet indésirable survenu chez un receveur.
- Est saisie de toute question relative à la collaboration des correspondants d'hémovigilance de l'établissement de transfusion sanguine et de l'établissement de santé et plus généralement de toute question portant sur les circuits de transmission des informations, en vue d'améliorer l'efficacité de l'hémovigilance.
- Se tient informée des conditions de fonctionnement
- Est avertie des incidents graves survenus dans l'établissement de santé ainsi que des effets indésirables survenus chez les receveurs et conçoit toute mesure destinée à y remédier.
- Présente à la Commission Médicale d'Etablissement, le programme de formation en sécurité transfusionnelle destiné aux personnels concernés.
- Remet à la Commission Médicale d'Etablissement son rapport annuel d'activité.

Cette sous-commission se réunit au moins trois fois par an.

Le secrétariat est assuré par une secrétaire médicale de l'établissement désignée par le Directeur.

2. La Sous-commission de lutte contre les infections nosocomiales :

Cette instance de consultation et de suivi est chargée, conformément à l'article R. 6111-1, de la lutte contre les infections nosocomiales, elle est dotée d'une équipe opérationnelle d'hygiène et définit un programme annuel d'actions tendant à assurer :

1. La prévention des infections nosocomiales (décret n° 2006-550 du 15 mai 2006 – article 4-1) « et du risque infectieux lié aux soins » notamment par l'élaboration et la mise en œuvre de recommandations de bonnes pratiques d'hygiène.
2. La surveillance des infections nosocomiales (décret n° 2006-550 du 15 mai 2006, article 4-1) « et de leur signalement ».
3. La définition d'actions d'information et de formation de l'ensemble des professionnels de l'établissement en matière d'hygiène hospitalière et de lutte contre les infections nosocomiales.
4. L'évaluation périodique des actions de lutte contre les infections nosocomiales, dont les résultats sont utilisés pour l'élaboration des programmes ultérieurs d'actions.

Ses membres sont :

- Le directeur de l'établissement public de santé ou son représentant
- le président de la commission médicale d'établissement ou son représentant
- Trois praticiens désignés en son sein par la commission médicale d'établissement
- Le responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière
- Un médecin ou pharmacien désigné, en son sein ou non, par la commission médicale d'établissement
- Le coordonnateur général ou son représentant des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- Deux membres des personnels paramédicaux désignés par le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dont au moins un membre de ladite commission
- Un représentant du comité technique d'établissement
- Un représentant du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
- un représentant de la cellule qualité
- Un collègue d'experts tel que définit dans son règlement intérieur.

3. La Sous-commission du Médicament et des dispositifs médicaux stériles.

Cette sous commission participe par ses avis à la pharmacovigilance et la matériovigilance.

Cette commission participe par ses avis, conformément à l'article L. 5126-5, à la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ainsi qu'à la lutte contre les affections iatrogènes à l'intérieur de l'établissement.

La commission élit son président et son vice-président, parmi les membres médecins et pharmaciens.

La composition de cette commission, son organisation et ses règles de fonctionnement sont fixées par voie réglementaire.

Il lui revient notamment de participer, par ses avis, à l'élaboration :

- De la liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est préconisée dans l'établissement.
- Des recommandations en matière de prescription et de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles et de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse.

Elle se réunit au moins trois fois par an. Elle élabore un rapport annuel d'activité.

Ses membres sont :

- Le directeur de l'établissement public de santé ou son représentant
- le président de la commission médicale d'établissement ou son représentant
- Quatre praticiens désignés en son sein par la commission médicale d'établissement
- Le praticien responsable de la pharmacie
- Deux médecins, pharmaciens, ou sages-femmes désignés, en son sein ou non, par la commission médicale d'établissement
- Le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique
- Deux membres des personnels paramédicaux désignés par le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dont au moins un membre de ladite commission
- un représentant de la cellule qualité
- en fonction de l'ordre du jour, le correspondant local, le correspondant local d'hémovigilance, le correspondant local de pharmacovigilance, le correspondant local de matériovigilance, le correspondant local de réactovigilance

Le secrétariat de la commission est assuré par le secrétariat de la pharmacie.

4. **La Sous-commission de Lutte contre la Douleur et des Soins Palliatifs** organise l'amélioration de la prise en charge de la douleur mentionnée à l'article L. 1112-4 et coordonne l'amélioration de la prise en charge des soins palliatifs.

Ses membres sont :

- Le directeur de l'établissement public de santé ou son représentant
- le président de la commission médicale d'établissement ou son représentant
- Deux praticiens désignés en son sein par la commission médicale d'établissement
- Le Référent Douleur
- Le Responsable de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs
- Le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique ou son représentant

- Deux membres des personnels paramédicaux désignés par le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dont au moins un membre de ladite commission
- Le psychologue chargé du secteur soins palliatifs
- un représentant de la cellule qualité

Le secrétariat est assuré par une secrétaire médicale désignée par le Directeur.

II Le Comité technique d'Etablissement

ARTICLE 72

- Compétences (articles R6144-40 à 6144-41 du code de la santé publique) :

Le comité technique d'établissement est obligatoirement consulté sur :

1. Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1
2. Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel
3. La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation
4. Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité.

Le comité est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement.

Dispositions communes aux commissions médicales d'établissement et aux comités techniques d'établissement

(Article R. 6144-82)

La commission médicale d'établissement et le comité technique d'établissement peuvent décider de délibérer conjointement des questions relevant de leurs compétences consultatives communes. A l'issue de ces délibérations, ils émettent des avis distincts.

ARTICLE 73 :

- Fonctionnement (articles R6144-68 à 6144-81 du code de la santé publique) :

Le comité technique d'établissement élit parmi les membres titulaires un secrétaire.

Un procès-verbal de chaque séance est établi. Il est signé par le président et le secrétaire et transmis dans un délai de trente jours aux membres du comité. Ce procès-verbal est soumis à approbation lors de la séance suivante.

Chaque comité établit son règlement intérieur.

Les réunions du comité technique d'établissement ont lieu sur convocation de son président, à l'initiative de celui-ci ou sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel. Dans ce dernier cas, le comité doit être réuni dans un délai d'un mois.

La convocation, adressée 15 jours avant la date prévue de la réunion, est accompagnée de l'ordre du jour de la séance et des documents correspondants.

Le comité se réunit au moins une fois par trimestre.

L'ordre du jour est fixé par le président.

Doivent notamment y être inscrites les questions entrant dans la compétence du comité d'établissement dont l'examen a été demandé par la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

Le président du comité technique d'établissement, à son initiative ou à la demande de membres titulaires du comité, peut convoquer des experts afin qu'ils soient entendus sur un point inscrit à l'ordre du jour.

Les experts n'ont pas voix délibérative. Ils ne peuvent assister qu'à la partie des débats relatifs aux questions motivant leur présence sans pouvoir participer au vote.

Lorsque l'ordre du jour du comité comporte des questions intéressant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail, le médecin du travail assiste avec voix consultative à la réunion du comité.

Le comité technique d'établissement ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres ayant voix délibérative sont présents lors de l'ouverture de la réunion. Lorsque ce quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion est organisée dans un délai de huit jours. Le comité siège alors valablement sur le même ordre du jour quel que soit le nombre de membres présents.

Le comité technique d'établissement émet des avis ou des vœux à la majorité des suffrages exprimés. S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée, sauf s'il est demandé un vote à bulletin secret. Le président ne prend pas part au vote.

En cas de partage égal des voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la proposition formulée.

Les avis ou vœux émis par le comité technique d'établissement sont portés par le président à la connaissance du conseil d'administration de l'établissement.

Ils sont également portés par voie d'affichage, à la diligence du directeur de l'établissement, à la connaissance du personnel dans un délai de quinze jours.

Le comité technique d'établissement doit, dans un délai de deux mois, être informé, par une communication écrite du président à chacun des membres, des suites données à ses avis ou vœux.

Les séances du comité technique d'établissement ne sont pas publiques.

Toutes facilités doivent être données aux membres du comité pour exercer leurs fonctions. Communication doit leur être donnée des pièces et documents nécessaires à l'accomplissement de leurs fonctions au plus tard quinze jours avant la date de la séance.

Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux du comité technique d'établissement sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison des pièces et documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux.

Les membres titulaires et suppléants du comité technique d'établissement et les experts convoqués ne perçoivent aucune indemnité du fait de leurs fonctions dans ce comité. Ils sont toutefois indemnisés de leurs frais de déplacement et de séjour dans les conditions fixées par la réglementation.

ARTICLE 74 :

- Composition (articles R6144-42 à 6144-67 du code de la santé publique) :

Le comité technique d'établissement mentionné à l'article L. 714-17 comprend, outre le directeur de l'établissement ou son représentant, président, des représentants du personnel dont le nombre est fixé comme suit :

Dans les établissements de cent agents au moins et cinq cents agents au plus, dix membres titulaires et dix membres suppléants.

Pour l'application de ces dispositions, l'effectif à prendre en considération est celui de l'ensemble des fonctionnaires titulaires et stagiaires et des agents contractuels mentionnés au premier alinéa de l'article 1er du décret du 6 février 1991 susvisé, à l'exception des personnels mentionnés au dernier alinéa de l'article 2 du titre IV du statut général des fonctionnaires susvisé. Cet effectif est apprécié au 31 décembre de l'année qui précède celle au cours de laquelle le comité est constitué ou renouvelé.

La durée du mandat des représentants du personnel est fixée à trois ans.

III - LA COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES :

Au Centre Hospitalier de GAILLAC, En application de l'*Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005*, la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico techniques est, confiée à un directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, membre de l'équipe de direction et nommé par le directeur.

Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé et modifiant le Code la Santé Publique.

Une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et composée des différentes catégories de personnels de soins, est consultée sur des matières et dans des conditions fixées par voie réglementaire (articles R. 6146-50 à R. 6146-60 du Code de la Santé Publique).

ARTICLE 75

- Compétences :

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques prévue à l'article L. 6146-9 du Code de la Santé publique est consultée sur :

1. L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et de l'accompagnement des malades dans le cadre du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
2. La recherche dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et l'évaluation de ces soins ;
3. L'élaboration d'une politique de formation ;
4. L'évaluation des pratiques professionnelles ;
5. La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ;
6. Le projet d'établissement et l'organisation interne de l'établissement.

ARTICLE 76

- Fonctionnement :

La commission se réunit au moins trois fois par an. Un calendrier prévisionnel est établi chaque année par son président. Elle se dote d'un règlement intérieur et d'un bureau. Elle est convoquée par son président. Cette convocation est de droit à la demande du directeur de l'établissement ou de la moitié au moins des membres de la commission.

L'ordre du jour est fixé par le président.

La commission délibère valablement lorsque la moitié au moins des membres élus sont présents. Lorsque ce quorum n'est pas atteint, une deuxième convocation est faite à huit jours d'intervalle. L'avis est alors émis valablement quel que soit le nombre de membres présents.

Chaque séance de la commission fait l'objet d'un procès-verbal adressé au directeur de l'établissement et aux membres de la commission dans un délai de quinze jours.

Outre les professionnels de santé désignés par le Conseil exécutif comme pouvant conduire des travaux conjoints dans les matières relevant de ses compétences, des personnes qualifiées et des personnels appartenant à d'autres filières professionnelles, médicaux et non médicaux, peuvent être associés aux travaux de la commission à l'initiative du président.

Le président rend compte chaque année de l'activité de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans un rapport adressé au directeur de l'établissement.

ARTICLE 77

- Composition:

Outre le président, la commission comprend 10 membres titulaires (10 suppléants) élus au scrutin uninominal majoritaire à un tour par et parmi les personnels relevant de chaque collège composant les groupes mentionnés à l'article R. 6146-51.

- Mode de désignation des membres

- La qualité d'électeur et d'éligible

Sont électeurs les fonctionnaires titulaires ou stagiaires et les agents contractuels en fonction dans l'établissement à la date du scrutin.

Ces électeurs sont éligibles à l'exception de ceux qui sont en congé de maladie depuis plus d'un an à la date de clôture des listes.

- Les modalités du scrutin

Les membres titulaires et suppléants sont élus au scrutin uninominal majoritaire à un tour.

Le nombre de sièges de suppléants à pourvoir est égal, par collège, à celui des membres titulaires. Les sièges de suppléants ne donnent pas lieu à candidatures distinctes. La désignation des titulaires et suppléants est faite selon l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues.

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

Le règlement intérieur de la commission définit les conditions de la suppléance des membres titulaires momentanément empêchés de siéger. En cas de cessation anticipée du mandat d'un membre titulaire, celui-ci est remplacé, pour la durée du mandat en cours, par le suppléant qui a obtenu le plus grand nombre de voix au sein du même collège en ce qui concerne les deux premiers groupes mentionnés à l'article R. 6146-51 ou au sein du groupe des aides-soignants.

Lorsque, au moins sept mois avant le renouvellement général de la commission, le dernier suppléant d'un collège d'un des deux premiers groupes mentionnés à l'article R. 6146-51 ou du groupe des aides-soignants est nommé titulaire, il est aussitôt pourvu au remplacement des suppléants de ce collège dans les conditions fixées à l'article R. 6146-52 et R. 6146-54.

Les électeurs votent pour un ou plusieurs noms par collège.

La date de l'élection est fixée par le directeur de l'établissement. Un mois au moins avant, le directeur publie par voie d'affichage la date retenue, la liste des électeurs et des éligibles ainsi que le nombre de sièges de représentants titulaires et suppléants à pourvoir dans les différents collèges.

Le procès-verbal des opérations électorales est établi par le directeur de l'établissement et affiché immédiatement pendant six jours francs après le scrutin. Les éventuelles réclamations sur la validité de ces élections sont adressées au directeur de l'établissement avant l'expiration de ce délai. A l'issue de ce délai, le directeur proclame les résultats du scrutin. C'est à compter de ce jour que commence à courir le mandat des membres. Celui-ci est fixé à 4 ans et est renouvelable. Les modalités de scrutin et notamment du vote par correspondance sont décrits dans le règlement intérieur de la CSRMT.

1. Constitution en 3 groupes :

1. Groupe des Cadres de santé : 2 représentants

a) Collège de la filière infirmière : 1 représentant – 1 suppléant

Corps des infirmiers cadres de santé ; corps des infirmiers de bloc opératoire cadres de santé ; corps des infirmiers anesthésistes cadres de santé ; corps des puéricultrices cadres de santé.

b) Collège de la filière de rééducation : 1 représentant – 1 suppléant

Corps des pédicures-podologues cadres de santé ; corps des masseurs-kinésithérapeutes cadres de santé ; corps des ergothérapeutes cadres de santé ; corps des psychomotriciens cadres de santé ; corps des orthophonistes cadres de santé ; corps des orthoptistes cadres de santé ; corps des diététiciens cadres de santé.

c) Collège de la filière médico-technique : Collège non représenté.

Corps des préparateurs en pharmacie hospitalière cadres de santé ; corps des techniciens de laboratoire cadres de santé ; corps des manipulateurs d'électroradiologie médicale cadres de santé.

2. Groupe des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques : 6 représentants

a) Collège des personnels infirmiers : 3 représentants – 3 suppléants.

Corps des infirmiers de bloc opératoire ; corps des infirmiers anesthésistes ; corps des puéricultrices ; corps des infirmiers ;

b) Collège des personnels de rééducation : 2 représentants – 2 suppléants.

Corps des pédicures-podologues ; corps des masseurs-kinésithérapeutes ; corps des ergothérapeutes ; corps des psychomotriciens ; corps des orthophonistes ; corps des orthoptistes ; corps des diététiciens ;

c) Collège des personnels médico-techniques : 1 représentant – 1 suppléant.

Corps des préparateurs en pharmacie hospitalière ; corps des techniciens de laboratoire ; corps des manipulateurs d'électroradiologie médicale ;

3. Groupe des aides-soignants : 2 représentants – 2 suppléants

Collège du corps des aides-soignants.

2. La répartition des sièges entre les collèges est effectuée comme suit :

Dans les deux premiers groupes, les sièges sont répartis entre les trois collèges au prorata des effectifs des personnels relevant de chaque collège, appréciés en équivalents temps plein au dernier jour du troisième mois précédant celui de l’affichage des listes d’électeurs et d’éligibles.

3. Détermination du nombre de membres titulaires et suppléants, des personnes ayant voix consultative et des personnes associées

Dans chaque collège, le nombre de sièges de membres suppléants à pourvoir est égal à celui des membres titulaires.

En outre, l’article R.6146-55 précise que les personnes suivantes assistent à la CSIRMT :

- Le représentant de la CME.

D’autres personnes peuvent être associées aux travaux de la CSIRMT.

TITRE V - ORGANISATION INTERNE DU CENTRE HOSPITALIER DE GAILLAC

CHAPITRE I - LES POLES D'ACTIVITE

Le pôle est un regroupement de services assurant des missions de même nature. Conformément au projet médical de l'établissement, le conseil d'administration a défini l'organisation de l'établissement en 2 pôles d'activités cliniques et médico-technique proposés par le conseil exécutif.

Les 2 pôles cliniques sont : le pôle sanitaire et le pôle médico-social.

Le pôle sanitaire est composé des structures suivantes :

- le service de médecine
- le service de soins de suite
- l'HAD
- le service de pharmacie
- le service de radiologie

Le pôle médico-social est composé des structures suivantes :

- EHPAD St Jean
- EHPAD St André

Le Responsable de pôle

ARTICLE 78

- Compétences

Le praticien responsable d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre au sein du pôle la politique générale de l'établissement et les moyens définis par le contrat passé avec le directeur et le président de la commission médicale d'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement technique du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités de structure prévues par le projet de pôle. Cette autorité fonctionnelle s'insère dans l'organigramme hiérarchique du pôle :

- sous l'autorité du directeur
- sur l'ensemble des personnels du pôle, sans toutefois pouvoir remettre en cause les missions et responsabilités confiées aux responsables des structures internes du pôle.

Il est assisté selon les activités du pôle par un cadre de santé pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences, et par un cadre administratif.

Le praticien responsable élabore avec le conseil de pôle un projet de pôle qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins.

Les éléments d'activité et d'évaluation fournis, notamment au directeur et au président de la commission médicale d'établissement, dans le cadre de la contractualisation interne précisent l'état d'avancement du projet et comportent une évaluation de la qualité des soins. Les projets de pôle comportent des objectifs en matière d'évaluation des pratiques professionnelles. Ces objectifs et leur suivi sont approuvés par les chefs de service du pôle. Le praticien responsable d'une structure interne clinique ou médico-technique assure la mise en œuvre des missions assignées à la structure dont il a la responsabilité et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée.

ARTICLE 79

- Nomination

Peuvent exercer les fonctions de responsable d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique les praticiens titulaires inscrits par le ministre chargé de la santé sur une liste nationale d'habilitation à diriger un pôle. Les conditions d'inscription sur la liste nationale d'habilitation à diriger un pôle sont fixées par voie réglementaire.

Ils sont nommés pour 4 ans par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement après avis du conseil de pôle siégeant en formation restreinte aux personnels médicaux et pharmaceutiques, de la commission médicale d'établissement et du conseil exécutif. En cas de désaccord, les responsables de pôle sont nommés par délibération du conseil d'administration. Il peut être mis fin à leur mandat dans les mêmes conditions.

Dans le cadre de la procédure prévue par l'ordonnance du 2 mai 2005, les praticiens titulaires responsables des structures internes cliniques et médico-techniques sont nommés pour quatre ans par les responsables de pôles d'activité clinique et médico-technique. Il peut être mis fin à leur mandat dans les mêmes conditions.

CHAPITRE II – LE CONSEIL DE POLE :

Dans chaque pôle d'activité, il est institué un conseil de pôle dont les attributions et la composition sont fixées par voie réglementaire. Les modalités d'organisation et de fonctionnement de ce conseil sont fixées par le présent règlement intérieur.

ARTICLE 80

- Compétences :

Le Centre Hospitalier de GAILLAC met en place des procédures de contractualisation interne avec ses pôles d'activité, qui bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur. Le contrat négocié puis cosigné entre le directeur et le président de la commission médicale d'établissement, d'une part, et chaque responsable de pôle d'activité, d'autre part, définit les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat. La délégation de gestion fait l'objet d'une décision du directeur.

Les conditions d'exécution du contrat, notamment la réalisation des objectifs assignés au pôle, font l'objet d'une évaluation annuelle entre les cosignataires selon des modalités et sur la base de critères définis par le conseil d'administration après avis du conseil de pôle, de la commission médicale d'établissement et du conseil exécutif.

ARTICLE 81

- Fonctionnement :

Le Conseil de Pôle est présidé par le responsable de pôle.

ARTICLE 82

- Composition :

Le conseil de pôle est composé de membres de droit et de membres élus, dans tous les cas cependant, «seuls des personnels en fonction dans le pôle, à l'exception de ceux qui sont en congé de maladie depuis plus d'un an, peuvent être membres des conseils de pôle d'activité. Art. R. 6146-11.

Les membres de droit « Art. R. 6146-12. - Outre le responsable du pôle, président, sont membres de droit du conseil de pôle d'activité :

Dans les pôles d'activité clinique et médico-technique :

1. Le praticien responsable de chacune des structures internes composant le pôle ;
2. Le cadre supérieur de santé ou le cadre de santé ou la sage-femme cadre ainsi que le cadre administratif qui assistent le responsable du pôle ;

3. Le cadre de santé qui assure l'encadrement du personnel dans chacune des structures internes du pôle.

Les membres élus

« Art. R. 6146-13. - I. - Outre les membres de droit, le conseil de pôle comporte des membres titulaires et suppléants élus au scrutin uninominal majoritaire à un tour par et parmi les personnels relevant de chaque corps ou catégorie représentés au sein de deux groupes. Les sièges de suppléants ne donnent pas lieu à candidatures distinctes. La désignation des membres titulaires et suppléants est faite selon l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues. Les votes par procuration sont admis mais il n'est pas organisé de vote par correspondance. En cas de partage des voix, le candidat retenu est celui dont l'ancienneté sur le centre hospitalier est la plus longue.

Les membres titulaires momentanément empêchés de siéger le signifient dès convocation du conseil au responsable de pôle qui sollicite leur remplacement par les membres suppléants dont la présence, au jour dit, n'entrave pas le bon fonctionnement du pôle.

En cas d'exercice dans plusieurs pôles d'activité, le professionnel intéressé est, pour l'élection des membres des conseils de pôle, rattaché au pôle où il exerce à titre principal. Ces professionnels, à l'instar de tout professionnel qualifié, peuvent être invités, par le responsable de pôle ou sur demande de la majorité des membres du conseil, à participer au conseil du pôle autre que celui auquel ils sont rattachés.

Pour chaque pôle, le règlement intérieur de l'établissement fixe le nombre de sièges attribués à chaque corps et catégorie de personnels de chacun des deux groupes comme suit :

Pôle sanitaire

| Catégories des membres de droit | Répartition des sièges de titulaires | Répartition des sièges de suppléants |
|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| PH | 2 | 0 |
| Cadres de santé | 1 | 0 |
| Cadre administratif | 1 | 0 |
| Cadre de santé | 1 | 0 |
| Total | 5 | 0 |

| Différents corps des membres élus | Répartition des sièges de titulaires | Répartition des sièges de suppléants |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| IDE | 2 | 2 |
| Kiné | 1 | 1 |
| Préparateur en pharmacie | 1 | 1 |
| Aides-soignants | 1 | 1 |
| ASHQ | 1 | 1 |
| Secrétaire médicale/Adj. Adm. | 1 | 1 |
| Diététicien | 1 | 0 |
| Psychologues | 1 | 1 |
| Assistants sociaux éducatifs | 1 | 1 |
| Toutes catégories | 10 | 9 |

| Catégories des membres médicaux élus | Répartition des sièges de titulaires | Répartition des sièges de suppléants |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|
| PH temps plein et temps partiel | 1 | 0 |
| Praticiens attachés et praticiens attachés associés | 2 | 1 |
| Total | 3 | 1 |

Pôle médico-social

| Catégories des membres de droit | Répartition des sièges de titulaires | Répartition des sièges de suppléants |
|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| PH responsable | 1 | 0 |
| Cadres de santé | 1 | 0 |
| Cadre administratif | 1 | 0 |
| Cadre de santé | 3 | 0 |
| Total | 6 | 0 |

| Différents corps des membres élus | Répartition des sièges de titulaires | Répartition des sièges de suppléants |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ASHQ | 2 | 2 |
| Aides-soignants et AMP | 2 | 2 |
| IDE | 4 | 4 |
| Agent d'entretien | 1 | 1 |
| Assistant socio-éducatif | 1 | 1 |
| Psychologue | 1 | 1 |
| Animateur | 1 | 1 |
| Secrétaire médicale/Adj. adm. | 1 | 1 |
| Toutes catégories | 13 | 13 |

| Catégories des membres médicaux élus | Répartition des sièges de titulaires | Répartition des sièges de suppléants |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Assistants et assistants associés | 1 | 0 |
| Total | 1 | 0 |