

REGLEMENT INTERIEUR DU CENTRE HOSPITALIER DE GRAULHET



MARS 2026

CE REGLEMENT INTERIEUR A ETE

SOUMIS A LA CONCERTATION DU :

- Directoire le 25/06/2026

SOUMIS A LA CONSULTATION EN :

- CME le 25/06/2026
- CSE le 25/06/2026
- CVS le 28/05/2026

SOUMIS A AVIS AU :

- Conseil de surveillance le 25/06/2026

INTRODUCTION

Le présent Règlement intérieur est le premier du Centre Hospitalier de Graulhet, il est adapté à la vie de l'établissement mais aussi aux dernières réglementations. Il respecte le Code de la Santé Publique auquel il convient parfois de se référer pour plus d'informations.

Après avis du Conseil de surveillance, il s'impose à tous les usagers de l'établissement : les patients ou les résidents tout d'abord mais aussi à leur entourage et famille, aux visiteurs et aux personnes extérieures en général. Il a pour objectif de porter à la connaissance de chacun ses droits et devoirs afin que leur prise en charge se déroule dans les meilleures conditions.

Est annexé le règlement de fonctionnement des EHPAD qui peut prévoir des règles spécifiques dérogatoires à ce présent règlement intérieur.

Le présent règlement intérieur s'applique à tous les sites et services du Centre Hospitalier de GRAULHET.

Il est tenu à la disposition des patients et des résidents, de leurs proches, des personnels et de toute personne qui en formule la demande auprès de la direction.

Le Directeur du Centre Hospitalier de Graulhet veille à l'exécution du présent règlement intérieur et à sa mise à jour.

TABLE DES MATIERES

TITRE I – DISPOSITIONS GENERALES	9
CHAPITRE I - ORGANISATION GENERALE ET TERRITORIALE	9
ARTICLE 1 : PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER DE GRAULHET	9
ARTICLE 2 : MISSIONS DU CENTRE HOSPITALIER DE GRAULHET	9
ARTICLE 3 : L'APPARTENANCE DU CH DE GRAULHET A UNE DIRECTION COMMUNE	10
ARTICLE 4 : ETABLISSEMENT PARTIE OU ETABLISSEMENT SUPPORT DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE (GHT) « CŒUR D'OCCITANIE »	10
CHAPITRE II - ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET GOUVERNANCE	13
ARTICLE 1 : L'ORGANISATION DE LA GOUVERNANCE	13
ARTICLE 2 : LES INSTANCES CONSULTATIVES ET LES COMMISSIONS	21
CHAPITRE III – ORGANISATION INTERNE ET GOUVERNANCE	36
CHAPITRE IV - ORGANISATION DES SOINS ET FONCTIONNEMENT MEDICAL	37
ARTICLE 1 : CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE ET REGLES PROFESSIONNELLES	37
ARTICLE 2 : RESPONSABILITE MEDICALE ET PROFESSIONNELLE	38
ARTICLE 3 : CONTINUITE DES SOINS ET PERMANENCE MEDICALE ET PHARMACEUTIQUE	38
ARTICLE 5 : CORPS MEDICAL	38
ARTICLE 6 : COORDINATION DES SOINS DISPENSES AUX PATIENTS	39
ARTICLE 7 : PHARMACIE A USAGE INTERIEUR (PUI)	39
ARTICLE 8 : DEPARTEMENT D'INFORMATION MEDICALE (DIM)	40
CHAPITRE V-SECURITE ET HYGIENE	41
ARTICLE 1 : FINALITE ET PORTEE DES REGLES	41
ARTICLE 2 : SECURITE GENERALE	42
ARTICLE 3 : SECURITE DE FONCTIONNEMENT	44
ARTICLE 4 : CIRCULATION ET STATIONNEMENT DES VEHICULES	46
CHAPITRE VI-AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS	47
ARTICLE 1 : MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE QUALITE ET ORIENTATIONS STRATEGIQUES	48
ARTICLE 2 : LA DEMARCHE DE CERTIFICATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET DES ETABLISSEMENT SOCIAUX ET MEDICAUX SOCIAUX	48
ARTICLE 3 : GESTION DES PLAINTES ET DES RECLAMATIONS	49
TITRE II - DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS	51
CHAPITRE I – ADMISSIONS	51
ARTICLE 1 : ADMISSION	51
ARTICLE 2 : PRINCIPE DU LIBRE CHOIX DU PATIENT	51
ARTICLE 3 : PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'HOSPITALISATION	52

ARTICLE 4 : ACCES AUX SOINS DES PERSONNES DEMUNIES.....	53
ARTICLE 5 : LES PRISES EN CHARGE PARTICULIERES.....	53
ARTICLE 6 : DEPOT ET RETRAIT DES OBJETS ET VALEURS.....	55
ARTICLE 7 : ARMES ET SUBSTANCES ILLICITES.....	56
CHAPITRE II - CONDITIONS DE SEJOUR	57
ARTICLE 1 : ACCUEIL ET LIVRET D'ACCUEIL.....	57
ARTICLE 2 : ACCUEIL DES FAMILLES.....	57
ARTICLE 3 : LA PERSONNE DE CONFIANCE.....	57
ARTICLE 4 : INFORMATION ET CONFIDENTIALITE.....	58
ARTICLE 5 : VISITES ET HORAIRES	58
ARTICLE 6 : PRESTATIONS ACCOMPAGNANT	58
ARTICLE 7 : COMPORTEMENT DES VISITEURS ET DES PERSONNES HOSPITALISEES OU RESIDENTS	59
ARTICLE 8 : HYGIENE.....	59
ARTICLE 9 : EXERCICES DES CULTES, LAICITE ET HOPITAL.....	60
ARTICLE 10 : INTERVENTIONS DU SERVICE SOCIAL.....	60
ARTICLE 11 : DEPOTS ET GRATIFICATIONS DU PERSONNEL.....	60
CHAPITRE III- INFORMATION DES PATIENTS	61
ARTICLE 1 : DROIT A L'INFORMATION	61
ARTICLE 2 : ACCES AU DOSSIER PATIENT.....	61
ARTICLE 3 : RELATIONS AVEC LES PROCHES ET AYANT-DROITS.....	64
ARTICLE 4 : CONFIDENTIALITE DES INFORMATIONS ET SECRET A L'HOPITAL	64
ARTICLE 5 : TRAITEMENTS AUTOMATISES DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL.....	65
CHAPITRE IV - SORTIE DES PERSONNES HOSPITALISEES	65
ARTICLE 1 : AUTORISATION DE SORTIE.....	65
ARTICLE 2 : SORTIE CONTRE AVIS MEDICAL.....	65
ARTICLE 3 : SORTIE PAR MESURE DISCIPLINAIRE.....	66
ARTICLE 4 : SORTIE APRES REFUS DE SOINS	66
ARTICLE 5 : SORTIE DES PERSONNES HOSPITALISEES A L'INSU DU SERVICE.....	66
ARTICLE 6 : QUESTIONNAIRE DE SORTIE.....	66
ARTICLE 7 : TRANSPORT EN AMBULANCE	67
ARTICLE 8 : FORMALITES DE SORTIE.....	67
CHAPITRE V- LE DECES	67
ARTICLE 1 : ATTITUDE A SUIVRE A L'APPROCHE DU DECES.....	67
ARTICLE 2 : ANNONCE DU DECES.....	68

ARTICLE 3 : FORMALITES ENTOURANT LE DECES	68
ARTICLE 4 : INFORMATIONS SUR LE DON D'ORGANES ET DON DE CORPS A LA MEDECINE	70
ARTICLE 5 : DECES AVEC INTERVENTION MEDICO-LEGALE.....	71
ARTICLE 6 : DECES AVEC ABSENCE D'ENTOURAGE	72
ARTICLE 7 : DEPOT DE VALEURS APRES UN DECES	73
CHAPITRE VI – GESTION DES SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES	73
ARTICLE 1 : PLAN BLANC.....	73
ARTICLE 2 : PLAN CANICULE	74
ARTICLE 3 : EVALUATION APRES SORTIE DE CRISE OU DECLenchement D'UN PLAN.....	74
CHAPITRE VII – ACCES DES PERSONNES ETRANGERES A L'HOPITAL	74
ARTICLE 1 : STAGIAIRES EXTERIEURS A L'ETABLISSEMENT	74
ARTICLE 2 : BENEVOLES ET ASSOCIATIONS.....	75
ARTICLE 3 : ACCES AUX PROFESSIONNELS DE LA PRESSE	75
ARTICLE 4 : INTERDICTION D'ACCES AUX DEMARCHEURS, REPRESENTANTS ET ENQUETEURS.....	76
ARTICLE 5 : INTERVENTION DES NOTAIRES	76
CHAPITRE VIII- REGLES DIVERSES.....	76
ARTICLE 1 : NEUTRALITE ET LAÏCITE DU SERVICE PUBLIC	76
ARTICLE 2 : PRESTATAIRES DE SERVICE AU SEIN DU CENTRE HOSPITALIER	77
ARTICLE 3 : EFFETS PERSONNELS.....	77
ARTICLE 4 : ANIMAUX DOMESTIQUES	77
ARTICLE 5 : COURRIER	78
ARTICLE 6 : TELEPHONE	78
ARTICLE 7 : TELEVISION	78
TITRE III – REGLES ET PRINCIPES RELATIFS AU PERSONNEL.....	79
CHAPITRE I – REGLES FONDEES SUR LE RESPECT DES PATIENTS	79
ARTICLE 1 : DEVOIR D'INFORMATION DU PUBLIC	79
ARTICLE 2 : SECRET PROFESSIONNEL.....	80
ARTICLE 3 : OBLIGATION DE DISCRETION PROFESSIONNELLE	81
ARTICLE 4 : DEVOIR GENERAL DE RESERVE – RESPECT DE LA LIBERTE DE CONSCIENCE ET D'OPINION.....	81
ARTICLE 5 : DEVOIR DE NEUTRALITE ET PRINCIPE DE LAÏCITE	81
ARTICLE 6 : RESPECT DU CONFORT DU PATIENT	82
ARTICLE 7 : EXIGENCE D'UNE TENUE CORRECTE	82
ARTICLE 8 : IDENTIFICATION VIS-A-VIS DES INTERLOCUTEURS	83
ARTICLE 9 : ACCUEIL ET RESPECT DU LIBRE CHOIX DES FAMILLES.....	83

CHAPITRE II – AUTRES REGLES DE COMPORTEMENT PROFESSIONNEL	84
ARTICLE 1 : OBLIGATION DE DESINTERESSEMENT – OBLIGATION DE DECLARATION D’INTERET.....	84
ARTICLE 2 : INTERDICTION D’EXERCER UNE ACTIVITE PRIVEE LUCRATIVE	84
ARTICLE 3 : EXECUTION DES INSTRUCTIONS RECUES	85
ARTICLE 4 : RESPECT DES REGLES D’HYGIENE ET DE SECURITE	85
ARTICLE 5 : ASSIDUITE ET PONCTUALITE	86
ARTICLE 6 : DISPOSITIONS RELATIVES AU TABAC, A L’ALCOOL ET AUX STUPEFIANTS SUR LE LIEU DE TRAVAIL	87
ARTICLE 7 : UTILISATION DU TELEPHONE PORTABLE PERSONNEL ET DES RESEAUX SOCIAUX	88
ARTICLE 8 : INFORMATION DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE.....	88
ARTICLE 9 : OBLIGATION DE SIGNALEMENT DE TOUT INCIDENT OU RISQUE LIE AUX SOINS.....	89
ARTICLE 10 : OBLIGATION DE DEPOSER LES BIENS CONFIES PAR LES PATIENTS/RESIDENTS OU TROUVES DANS L’HOPITAL	89
ARTICLE 11 : BON USAGE DU SYSTEME D’INFORMATION	89
ARTICLE 12 : BON USAGE DES BIENS DE L’HOPITAL.....	89
ARTICLE 13 : TEMOIGNAGE EN JUSTICE OU AUPRES DES AUTORITES DE POLICE OU DE GENDARMERIE.....	90
CHAPITRE III – PROTECTION ET GARANTIES DES PERSONNELS	90
ARTICLE 1 : PROTECTION CONTRE LES DISCRIMINATIONS	90
ARTICLE 2 : PROTECTION CONTRE LE HARCELEMENT	90
ARTICLE 3 : PROTECTION DANS L’EXERCICE DES FONCTIONS.....	91
ARTICLE 4 : PROTECTION EN MATIERE D’HYGIENE ET DE SECURITE	91
ARTICLE 5 : GARANTIES RELATIVES AU DOSSIER INDIVIDUEL.....	92
ARTICLE 6 : LIBERTE D’OPINION ET LIBERTE D’EXPRESSION	92
ARTICLE 7 : DROIT SYNDICAL	92
ARTICLE 8 : DROIT DE GREVE	92
ARTICLE 9 : DROIT A LA FORMATION.....	93
TITRE IV – DISPOSITIONS DIVERSES	94
ARTICLE 1 : APPROBATION DU REGLEMENT INTERIEUR	94
ARTICLE 2 : MISE A DISPOSITION DU REGLEMENT INTERIEUR	94
ARTICLE 3 : MISE A JOUR DU REGLEMENT INTERIEUR	94

TITRE I – DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE I - ORGANISATION GENERALE ET TERRITORIALE

ARTICLE 1 : PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER DE GRAULHET

Le Centre Hospitalier de GRAULHET est un établissement public de santé, régi par le Code de la Santé Publique.

Il est doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière.

Adresse du site principal

Centre Hospitalier	Comprenant l'EHPAD des 4 Saisons
21 rue du Docteur Bastié	21 rue du Docteur Bastié
81301 GRAULHET	81301 GRAULHET

Autres sites

EHPAD Saint François	EHPAD Pré de Millet
Rue Soeur Saint-François	6 chemin de la Geysse
81300 GRAULHET	81300 GRAULHET

ARTICLE 2 : MISSIONS DU CENTRE HOSPITALIER DE GRAULHET

Le Centre Hospitalier de GRAULHET est un hôpital de proximité.

Les missions des hôpitaux de proximité sont ainsi définies :

Ils assurent le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers et orientent les patients qui le nécessitent, conformément au principe de pertinence des soins, vers les établissements de santé de recours et de référence ou vers les autres structures adaptées à leurs besoins. Les missions des hôpitaux de proximité sont exercées avec la participation conjointe des structures et des professionnels de la médecine ambulatoire avec lesquels ils partagent une responsabilité territoriale.

En prenant en compte les projets de santé des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé et en coopération avec les structures et les professionnels de la médecine ambulatoire, les établissements et les services médico-sociaux et d'autres établissements et acteurs de santé, dont les établissements d'hospitalisation à domicile, les hôpitaux de proximité :

1° Apportent un appui aux professionnels de santé de ville et aux autres acteurs de l'offre de soins pour répondre aux besoins de la population, notamment le cadre hospitalier nécessaire à ces acteurs pour y poursuivre la prise en charge de leurs patients lorsque l'état de

ces derniers le nécessite ;

2° Favorisent la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité et leur maintien dans leur lieu de vie, en liaison avec le médecin traitant ;

3° Participent à la prévention et à la mise en place d'actions de promotion de la santé sur le territoire ;

4° Contribuent, en fonction de l'offre présente sur le territoire, à la permanence des soins et à la continuité des prises en charge en complémentarité avec les structures et les professionnels de la médecine ambulatoire.

Les hôpitaux de proximité exercent une activité de médecine, qui comprend, le cas échéant, des actes techniques, proposent, en complémentarité avec l'offre libérale disponible au niveau du territoire, des consultations de plusieurs spécialités, disposent ou donnent accès à des plateaux techniques d'imagerie, de biologie médicale et à des équipements de télésanté, et n'exercent pas d'activité de chirurgie ni d'obstétrique.

ARTICLE 3 : L'APPARTENANCE DU CH DE GRAULHET A UNE DIRECTION COMMUNE

Le Centre Hospitalier d'ALBI a conclu une convention de direction commune avec le Centre Hospitalier de GAILLAC qui s'applique depuis le 1^{er} janvier 2013.

A compter du 1^{er} janvier 2018, une direction commune a été mise en place entre le Centre Hospitalier d'ALBI, le Centre Hospitalier de GAILLAC et le Centre Hospitalier de GRAULHET.

A compter du 1^{er} janvier 2021, la convention de direction commune, déjà effective entre les Centres Hospitaliers d'Albi, de Gaillac et de Graulhet, s'est à nouveau élargie par l'intégration de l'EHPAD de Rabastens.

Comme son nom l'indique, une direction commune est uniquement le regroupement de différents établissements sanitaires et médico-sociaux se partageant la même équipe de direction.

La convention précise les objectifs ainsi que les principes de fonctionnement et les moyens de la direction commune.

ARTICLE 4 : ETABLISSEMENT PARTIE OU ETABLISSEMENT SUPPORT DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE (GHT) « CŒUR D'OCCITANIE »

Le Centre Hospitalier de GRAULHET est un des établissements parties du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) « CŒUR D'OCCITANIE », dont la convention constitutive a été approuvée par l'ARS Occitanie le 7 novembre 2016. La convention constitutive a été modifiée par plusieurs avenants. La durée de la convention constitutive est de 10 ans, conformément au Code de la Santé Publique.

4.1 – Composition du GHT

Le GHT « Cœur d'Occitanie » regroupe :

- ❖ Le Centre Hospitalier d'ALBI
- ❖ Le Centre Hospitalier Intercommunal- CHIC de CASTRES-MAZAMET
- ❖ Le Centre Hospitalier de GAILLAC
- ❖ Le Centre Hospitalier de REVEL
- ❖ Le Centre Hospitalier de SAINT-PONS de THOMIERES
- ❖ Le Centre Hospitalier de GRAULHET
- ❖ L'EHPAD de Rabastens

4.2 – Etablissement-support

Conformément à la convention constitutive approuvée, la gouvernance du GHT repose sur une alternance concernant l'établissement-support, entre le CH d'ALBI et le CHIC de CASTRES-MAZAMET.

Il a été prévu dans la convention constitutive que la fonction d'établissement support sera assurée pour une durée de 3 ans à compter de la date d'approbation de la convention par le CHIC de CASTRES-MAZAMET, puis pour une durée de 3 ans par le Centre Hospitalier d'ALBI, à laquelle succèdera une période de 2 ans où la fonction d'établissement-support sera assumée par le CHIC de CASTRES-MAZAMET, et 2 ans où c'est le CH d'ALBI qui assumera cette fonction.

4.3 – Instances du GHT

Les instances du GHT sont listées ci-dessous. Les détails concernant les instances figurent dans la convention constitutive et son avenant n°7, le règlement intérieur du GHT et/ou les règlements intérieurs des instances.

- ✓ Le comité stratégique est chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé du GHT, sur la conduite de la mutualisation des fonctions et la mise en œuvre des délégations légales obligatoires.

Il est présidé par le Directeur de l'établissement-support. Le vice-président du Comité stratégique est le président de la commission médicale de groupement.

Il dispose d'un règlement intérieur.

Le comité stratégique se réunit au moins 3 fois par an.

Il comporte un bureau restreint qui se réunit au moins 3 fois par an composé des Directeurs et des Présidents de CME des CH Albi, Castres-Mazamet et Saint Pons

- ✓ La commission médicale de groupement élabore la stratégie médicale du groupement et le projet médical partagé du groupement, et participe à leur mise en œuvre. Elle contribue à l'élaboration de la politique territoriale d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la permanence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Elle est consultée ou informée sur un certain nombre de matières. Elle peut formuler des propositions.

Son Président est élu par la commission médicale de groupement parmi les praticiens candidats issus des Centres Hospitaliers d'ALBI et de Castres-Mazamet qui en sont membres titulaires. Le Vice-président est élu dans les mêmes conditions.

Elle dispose d'un règlement intérieur.

Elle se réunit au moins 4 fois par an.

- ✓ L'instance commune des usagers, dénommée comité des usagers du groupement.

Par dérogation à l'article R6132-11 du code de la santé publique, expressément consentie par l'ensemble des établissements parties au groupement, la présidence du comité des usagers est assurée par le Centre Hospitalier d'Albi lorsque le Centre Hospitalier Intercommunal de Castres-Mazamet est établissement support et par le Centre Hospitalier de Castres-Mazamet lorsque le Centre Hospitalier d'Albi est établissement support.

Il dispose d'un règlement intérieur.

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

Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique de groupement est un coordonnateur général des soins.

Elle dispose d'un règlement intérieur.

Elle se réunit au moins 3 fois par an.

- ✓ Le comité territorial des élus locaux est chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement.

Le comité territorial des élus locaux est présidé par le Président du Conseil de Surveillance de l'établissement support.

Il se réunit au moins 2 fois par an.

Un comité restreint du Comité Territorial des Elus Locaux composé de 4 membres : les 2 Maires des communes sièges des CH de CASTRES-MAZAMET et d'ALBI et des 2 Directeurs de ces établissements est mis en place.

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

Elle est présidée par le Président du comité stratégique.

Elle se réunit au moins 2 fois par an.

Elle dispose d'un règlement intérieur.

4.4 – Fonctions déléguées et organisées en commun

Pour la durée de la convention, la répartition des délégations légales obligatoires est la suivante :

- ✓ Le CH d'ALBI assure la délégation concernant le DIM territorial, la coordination des IFMS, le plan de formation coordonné et le DPC.
- ✓ Le CH de CASTRES-MAZAMET assure la délégation concernant le SIH ainsi que la fonction Achat.

Il n'a pas été mis en place de délégations facultatives.

4.5 – Procédure de conciliation

Une procédure de conciliation, décrite à l'article 18 de la convention constitutive, est prévue en cas de litige ou différend survenant entre les parties au groupement à raison de la convention ou de son application ou de paralysie dans le fonctionnement du groupement.

CHAPITRE II - ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET GOUVERNANCE

ARTICLE 1 : L'ORGANISATION DE LA GOUVERNANCE

Le Centre Hospitalier est doté d'un conseil de surveillance ; il est dirigé par un directeur, assisté d'un directoire. Les activités de gestion du Centre Hospitalier qui incombent au directoire sont séparées des activités de contrôle, confiées au conseil de surveillance.

La composition et les missions de ces instances sont définies par le code de la santé publique.

1.1 – Le Conseil de Surveillance

1.1.1 COMPOSITION

La liste nominative des membres du Conseil de Surveillance de chaque établissement public de santé est arrêtée par le Directeur de l'Agence Régionale de Santé.

Le Conseil de Surveillance du CH Graulhet est composé de 9 membres ayant voix délibérative, dont le mandat est de cinq ans.

Le Conseil de Surveillance comprend plusieurs collèges :

Membres avec voix délibérative :

- Au titre des représentants des collectivités territoriales :

- le Maire de la commune-siège de l'établissement principal ou le représentant qu'il désigne,
- Un représentant d'un établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre dont la commune siège de l'établissement est membre ou, à défaut, un autre représentant de la commune siège de l'établissement principal ;
- le Président du Conseil Départemental ou le représentant qu'il désigne

- Au titre des représentants du personnel :

- Un membre de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, désigné par celle-ci ;
- Un membre désigné par la commission médicale d'établissement ;
- Un membre désigné par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des élections au comité social d'établissement ;

- Au titre des personnalités qualifiées :

- Une personnalité qualifiée désignée par le directeur général de l'agence régionale de santé ;
- Deux représentants des usagers désignés par le Préfet

Les membres du Conseil de surveillance sont nommés par arrêté du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé. Pour ceux qui ne sont ni membres de droit ni personnalités qualifiées, ils sont désignés selon l'article R6143-4 du Code de la Santé publique.

Membres avec voix consultative :

- Le Président de la CME, en qualité de vice-président du Directoire,
- Les parlementaires élus dans la circonscription où est situé le siège de l'établissement principal de l'établissement public de santé peuvent demander à participer aux réunions du Conseil de surveillance,
- Le Directeur Général de l'ARS,
- Le Directeur de la Caisse d'Assurance Maladie ou son représentant,
- Un représentant des familles des personnes accueillies, parmi les membres du Conseil de la vie Sociale. Si seul un candidat se présente, il est obligatoirement retenu. En cas de candidatures multiples, le Directeur propose librement le candidat de son choix à l'Agence Régionale de Santé,
- Le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique au sein de l'établissement lorsqu'elle existe.

Le Président du Directoire participe sans être membre aux séances du Conseil de Surveillance et exécute ses délibérations. La présence de membres de l'équipe de direction est possible, dans la mesure où le Directeur peut se faire assister des personnes de son choix.

Les incompatibilités et incapacités avec la qualité de membre du Conseil de Surveillance sont précisées à l'article L6143-6 du CSP.

1.1.2 COMPETENCES (LOI N°2023-1268 DU 27 DECEMBRE 2023)

Les attributions sont exercées collectivement par l'ensemble des membres du Conseil de Surveillance qui sont appelés à voter et se prononcer sur les sujets qui leur sont exposés.

Le Conseil de Surveillance dispose d'attributions centrées sur la définition d'orientations stratégiques et d'une mission de contrôle de l'ensemble de l'activité de l'établissement et délibère, après avis de la Commission Médicale d'Etablissement et du Comité Social d'Etablissement.

Ainsi, il délibère sur :

1. Le projet d'établissement ;
2. La convention constitutive des CHU et les conventions conjointes entre les CHU et les universités et les établissements de santé en application de l'article L 6142-5 du CSP ;
3. Le compte financier et l'affectation des résultats ;
4. Tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
5. Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le Directeur ;
6. Toute convention intervenante entre l'établissement et l'un des membres de son Directoire ou de son Conseil de Surveillance ;
7. Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;
8. Les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L.6145-7 du CSP ;
9. Le plan pluriannuel d'investissement.

Le Conseil de Surveillance émet un avis sur :

- ✓ L'état des prévisions de recettes et de dépenses, le plan global de financement pluriannuel ainsi que le programme d'investissement ;
- ✓ La charte de gouvernance mentionnée au III de l'article L. 6143-7-3 ;
- ✓ La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- ✓ Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés à l'article L.6148-2 du CSP ;
- ✓ La participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire ;
- ✓ Le règlement intérieur de l'établissement.

Le Conseil de Surveillance communique au Directeur général de l'Agence Régionale de Santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le Directeur et sur la gestion de l'établissement.

À tout moment, le Conseil de Surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission. Le Directeur communique à la présidence du conseil de

surveillance les documents financiers pluriannuels élaborés en concertation avec le Directoire ainsi que les documents stratégiques relatifs au projet d'établissement et à la participation à des coopérations et réseaux validés en concertation avec le Directoire.

Il est informé du Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et l'établissement ainsi que de ses modifications.

1.1.3 FONCTIONNEMENT

Le Conseil de Surveillance se réunit au moins quatre fois par an, sur convocation du Président ou à la demande du tiers de ses membres.

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 par le Président. Les convocations à la première réunion du Conseil de surveillance sont adressées par le président du Directoire.

La convocation, l'ordre du jour et les éléments du dossier sont transmis par voie dématérialisée.

La participation au Conseil de Surveillance par visio-conférence est tolérée.

Les séances du Conseil de Surveillance ne sont pas publiques. Les membres du Conseil de surveillance ainsi que les personnes appelées à assister à ses réunions sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel.

Le Conseil de Surveillance ne peut délibérer valablement que lorsque la moitié plus un au moins des membres en exercice assistent à la séance.

Toutefois, quand, après une convocation régulière, ce quorum n'est pas atteint, la délibération prise à l'occasion d'une seconde réunion, qui doit avoir lieu dans un délai de trois à huit jours, est réputée valable quel que soit le nombre des membres présents.

Dans ce cas, le Conseil de Surveillance peut décider en début de séance le renvoi de tout ou partie de l'ordre du jour à une réunion ultérieure.

Lorsqu'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu au scrutin secret si l'un des membres présents en fait la demande. En cas de partage égal des voix, un second tour de scrutin est organisé. En cas de nouvelle égalité, la voix du président est prépondérante.

Les votes par correspondance ou par procuration ne sont pas admis.

L'ensemble des membres du Conseil de Surveillance élit son Président parmi les membres représentant les collectivités territoriales ou les personnalités qualifiées, à la majorité absolue des suffrages exprimés aux 1^{er} et 2^{ème} tour et à la majorité relative au 3^{ème} tour. En cas d'égalité au 3^{ème} tour, le doyen d'âge est désigné.

Le Président est élu pour 5 ans. Son mandat prend fin avant ce terme si ses fonctions de membre du Conseil de Surveillance ou les fonctions au titre desquelles il a été désigné au Conseil de Surveillance, cessent.

Le Président désigne, parmi les représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements ou les personnalités qualifiées, un vice-président qui préside en son absence.

Le secrétariat du Conseil de Surveillance est assuré à la diligence du Directeur.

Les membres du Conseil de Surveillance reçoivent un compte rendu de séance dans les quinze jours suivant chaque réunion du Conseil de Surveillance.

1.2 – Le Directeur

Le Directeur conduit la politique générale de l'établissement et en assure la gestion. Il est le représentant légal de l'établissement : il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.

Le Directeur est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles énumérées aux 1° à 15° et autres que celles qui relèvent de la compétence du Conseil de Surveillance énumérées à l'article L. 6143-1. Il participe aux séances du Conseil de Surveillance. Il exécute ses délibérations.

Le Directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au Directeur Général du Centre national de gestion la nomination des directeurs-adjoints et des directeurs de soins. Sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du Président de la Commission Médicale d'Etablissement, il propose au Directeur Général du Centre National de Gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire. L'avis du Président de la Commission Médicale d'Etablissement est communiqué au Directeur Général du Centre national de gestion.

Il a autorité sur l'ensemble du personnel, ordonne les dépenses et les recettes et est responsable du bon fonctionnement de tous les services, hormis les compétences relevant de la responsabilité du Conseil de Surveillance, du Directoire ou de la Commission Médicale d'Etablissement (CME).

Le Directeur 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.

Le Directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger. Il peut déléguer sa signature, dans des conditions déterminées par décret.

Par dérogation, le Directeur de l'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire exerce ces compétences pour le compte des établissements de santé parties au groupement hospitalier de territoire, pour l'ensemble des activités mentionnées à l'article L. 6132-3. Par exception, le principe d'une gouvernance alternée a été arrêtée dans la convention constitutive du GHT « Cœur d'Occitanie » qui précise les modalités de mises en œuvre au sein du GHT.

Le Directeur est le Président du Directoire.

Après concertation avec le Directoire, le Directeur :

1. Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 ;
2. Décide, conjointement avec le Président de la Commission Médicale d'Etablissement et en lien avec le Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
3. Arrête le rapport social unique et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;
4. Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement et de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques en ce qui concerne les équipements médicaux et le soumet à l'approbation du Conseil de Surveillance ;
5. Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1 et le plan global de financement pluriannuel après avis du Conseil de surveillance ;
6. Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du Conseil de surveillance ;
7. Arrête l'organisation interne de l'établissement. S'agissant des activités cliniques et médico-techniques, le Directeur et le Président de la Commission Médicale d'Etablissement arrêtent conjointement l'organisation interne en application de l'article L. 6146-1 ;
8. Peut proposer au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier de la partie Etablissements et services de santé du Code de la Santé publique ou des dispositifs d'appui à la coordination et des dispositifs spécifiques régionaux mentionnés aux articles L. 6327-2 et L. 6327-6 ;
9. Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;
10. Conclut les baux emphytéotiques en application de l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L. 6148-3 ;
11. Soumet au Conseil de Surveillance le projet d'établissement ;
12. Conclut les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;
13. Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;
14. A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;
15. Présente à l'Agence Régionale de Santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3 ;
16. Arrête le plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'évènement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles, mentionné à l'article L. 3131-7 ;
17. Soumet au Conseil de Surveillance les prises de participation et les créations de filiale mentionnées à l'article L. 6145-7 ;
18. Définit, après avis du Président de la Commission Médicale d'Etablissement, les conditions de réalisation et d'encadrement des activités de présentation, d'information ou de promotion des produits de santé ou de formation notamment à leur utilisation, particulièrement en vue du

respect des chartes mentionnées aux articles L. 162-17-8 et L. 162-17-9 du code de la sécurité sociale.

Le Directeur du Centre Hospitalier de GRAULHET est nommé par arrêté du Directeur Général du Centre National de Gestion après avis du Président du Conseil de Surveillance.

1.3 – Le Directoire

1.3.1 COMPOSITION

Le Directoire se compose au maximum de neuf membres. Ce n'est pas une instance paritaire.

Le Directoire comporte des membres de droit et des membres nommés pour quatre ans par le Directeur.

Le mandat prend fin lors de la nomination d'un nouveau directeur, si le titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre du Directoire et lors de la nomination d'un nouveau Président du Directoire. Le Directeur peut révoquer les membres qu'il a nommés.

Les membres de droit sont au nombre de trois :

- Le Directeur, qui préside le Directoire ;
- Le Président de la CME, qui est vice-président du Directoire ;
- Le Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques.

Les membres nommés sont :

- Un membre du personnel non médical, sur présentation d'une liste de propositions, comportant au moins trois noms, établie par le Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques dans le délai de 30 jours suivant sa demande ;
- Des membres qui appartiennent aux professions médicales, sur présentation d'une liste, comportant au moins trois noms, établie par le Président de la Commission Médicale d'Etablissement dans les 30 jours de la demande.

Le Directeur peut en outre, sur avis conforme du Président de la Commission Médicale d'Etablissement et après consultation du Directoire, désigner aux plus trois personnalités qualifiées, qui peuvent notamment être des représentants des usagers ou des étudiants. Ces personnalités participent avec voix consultative aux séances du directoire.

1.3.2 COMPETENCES

Le Directoire approuve le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et prépare sur cette base le projet d'établissement.

Il conseille le Directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. Il peut ainsi intervenir sur l'ensemble des sujets relatifs à la vie de l'établissement.

1.3.3 FONCTIONNEMENT

Le Directeur organise les travaux du Directoire. Le Directoire se réunit au moins 8 fois par an sur un ordre du jour déterminé. La concertation a lieu à l'initiative et selon les modalités définies par le Président du Directoire. La mise aux voix, lors de la concertation, n'est pas exigée par les textes.

1.4 – Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement

Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement est le Vice-Président du Directoire.

Il exerce les missions et les attributions suivantes :

- Il coordonne, en lien avec le Directeur, l'élaboration et la mise en œuvre du projet médical de l'établissement en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et avec le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire ;
- Il coordonne la politique médicale de l'établissement.

Conjointement avec le Directeur de l'établissement et après concertation avec le Directoire, il :

- Définit la politique de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- Il est chargé, avec le Directeur, du suivi de cette politique. Il peut organiser des évaluations internes à cette fin. Il veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité de la sécurité et de la pertinence des soins, qui résultent notamment des inspections des autorités de tutelle et de la procédure de certification ;
- Arrête l'organisation interne de l'établissement pour les activités cliniques et médico-techniques ;

Conjointement avec le Directeur, il décide de la nomination et met fin aux fonctions :

- Des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique et médico-technique.

Le Président présente annuellement à la Commission Médicale d'Etablissement son programme d'actions, en tenant compte des actions déjà mises en œuvre.

Il présente au Directoire ainsi qu'au Conseil de surveillance un rapport annuel sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement.

Il présente au Directoire le programme d'actions proposé au Directeur par la Commission Médicale d'Etablissement en vertu de l'article L. 6144-1.

Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement signe conjointement avec le Directeur de l'établissement les contrats de pôles cliniques ou médico-techniques.

Une Charte de gouvernance conclue entre le Président de la Commission Médicale d'Etablissement et le Directeur de l'établissement, après avis du Conseil de surveillance, prévoit notamment :

- Les modalités de participation du Président de la Commission Médicale d'Etablissement aux échanges avec des autorités ou organismes extérieurs qui concernent l'établissement ;

- Pour les activités relevant des compétences de la Commission Médicale d'Etablissement, les modalités de fonctionnement retenues pour les relations entre le Président de la Commission Médicale d'Etablissement et les directions fonctionnelles ;
- Les moyens matériels et humains mis à la disposition du Président de la Commission Médicale d'Etablissement pour assurer ses missions.

ARTICLE 2 : LES INSTANCES CONSULTATIVES ET LES COMMISSIONS

2.1 – La Commission Médicale d'Etablissement (CME)

La Commission Médicale d'Etablissement (CME) est l'instance de cohésion, de débats et de propositions de la communauté médicale, pharmaceutique, odontologique et maïeutique. Elle a un règlement intérieur propre.

Elle élabore la stratégie médicale de l'établissement et de son projet médical en lien avec le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire. Elle participe à leur mise en œuvre.

Elle contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Elle propose au Directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables ainsi que les informations contenues dans le rapport annuel de la Commission des usagers.

2.1.1 COMPOSITION

L'application de l'article R6144-3 du Code de la santé publique appliqué au CH de Graulhet conduit à la composition de la CME parmi les catégories suivantes de personnels médicaux :

- Des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles,
- Des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement,
- Des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement,

Par ailleurs, il est convenu par le présent règlement intérieur que le Président de la CPTS Centre Tarn, CPTS du territoire du Centre Hospitalier participe à la CME avec une voix délibérative.

Assistent en outre avec voix consultative :

- Le Président du Directoire ou son représentant ;
- Le Président de la CSIRMT ;
- Le praticien responsable de l'information médicale ;
- Le représentant du CSE élu en son sein ;
- Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;
- Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le Directeur ;
- Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins mentionnés.

Le Président du Directoire peut se faire assister de toute personne de son choix.

La Commission Médicale d'Etablissement peut désigner, en concertation avec le Directeur de l'établissement, aux plus cinq invités représentant les partenaires extérieurs coopérant avec l'établissement dans la mise en œuvre d'actions de santé publique. Ces invités peuvent être permanents. Ils peuvent assister avec voix consultative aux séances de la Commission Médicale.

2.1.2 ATTRIBUTIONS GENERALES

❖ La CME est consultée sur :

- . Les projets de délibération (article L. 6143-1 CSP),
- . Les orientations stratégiques de l'établissement, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, le programme d'investissement, le plan pluriannuel d'investissement ainsi que le plan global de financement pluriannuel,
- . Le plan de redressement (article L. 6143-3),
- . L'organisation interne de l'établissement (7° de l'article L. 6143-7),
- . Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants,
- . La gestion prévisionnelle des emplois et compétences, s'agissant des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques,
- . La convention constitutive d'un Groupement Hospitalier de Territoire,
- . Le projet de décision relative à la libre organisation du fonctionnement médical et de dispensation des soins (article L. 6146-1-2) ou de décision relative à la libre organisation du fonctionnement médical, des soins et de la gouvernance (article L. 6149-1),
- . Les modalités de participation et d'expression des personnels au fonctionnement des structures lorsque sont mises en œuvre les dispositions des deux articles précédemment énoncés.

❖ La CME est également consultée sur :

- . La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement,
- . La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement,
- . La politique d'accueil et de formation des étudiants de 2^{ème} et 3^{ème}s cycles des études médicales,
- . La politique de recrutements des emplois médicaux,
- . Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens,
- . La mise en œuvre de l'une des actions mentionnées au III de l'article L. 6112-2,
- . Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques,
- . Les modalités d'intéressement et le bilan social,
- . Le règlement intérieur de l'établissement,
- . L'organisation des parcours professionnels et l'accompagnement des personnels tout au long de la carrière. A ce titre, elle donne un avis sur la politique de formation tout au long de la vie,
- . Le schéma directeur des systèmes d'information et sa mise en œuvre.

- ❖ La CME élabore et propose au Directoire le projet médical d'établissement, partie intégrante du projet d'établissement, en cohérence avec le projet d'établissement et le projet médical partagé du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT).
Le projet médical est approuvé par le Directoire.
- ❖ La CME peut également être consultée sur les matières mentionnées à l'article R. 6144-1-2.
- ❖ Dans les établissements parties à un Groupement Hospitalier de Territoire, la Commission Médicale d'Etablissement veille, dans l'exercice de ses compétences consultatives, à la cohérence des projets qui lui sont soumis avec la stratégie médicale et le projet médical partagé définis au niveau du groupement.
- ❖ La Commission Médicale d'Etablissement, ainsi que son Président, ont accès à l'ensemble des informations nécessaires aux travaux relevant de leurs attributions, notamment en matière de gestion des ressources humaines des personnels médicaux, pharmaceutiques, odontologiques et maïeutiques.
- ❖ La CME est informée sur :
 - . Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement,
 - . Les contrats de pôles,
 - . Le bilan annuel des tableaux de service,
 - . Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
 - . La programmation des travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.
- ❖ La Commission Médicale d'Etablissement peut faire, au Président du Directoire, des propositions sur les matières suivantes :
 - . Toute opération liée à la mise en œuvre du projet médical, ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation de celui-ci ;
 - . Le programme d'actions relatif à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, en cohérence, si l'établissement est parti à un Groupement Hospitalier de Territoire, avec la politique territoriale du groupement en la matière ;
 - . Le programme d'actions de mise en œuvre du projet managérial pour son volet relatif aux personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
 - . Lorsque l'établissement est parti à un Groupement Hospitalier de Territoire, la déclinaison des orientations stratégiques du groupement en matière notamment d'attractivité des professionnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
 - . Le programme d'actions de mise en œuvre de la politique de coopération hospitalière, y compris pour la coopération avec les partenaires de ville, en particulier les communautés professionnelles territoriales de santé ;
 - . Le programme d'actions de mise en œuvre du projet social, pour son volet relatif aux personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques.

2.1.3 ATTRIBUTIONS DANS LE DOMAINE DE LA POLITIQUE D'AMÉLIORATION CONTINUE ET DE LA QUALITÉ DES SOINS

- ❖ La CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins, notamment en ce qui concerne (article R6144-2) :
 - . La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement
 - . Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire
 - . La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles
 - . La prise en charge de la douleur
 - . Le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique en cohérence le cas échéant avec les orientations définies au niveau du groupement.

- ❖ La CME contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment :
 - . La réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale
 - . L'évaluation de la prise en charge des patients, et en particulier des urgences et des admissions non programmées
 - . L'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs
 - . Le fonctionnement de la permanence des soins, le cas échéant par secteur d'activité
 - . L'organisation des parcours de soins.

- ❖ La CME :
 - . Propose au Directeur le programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi en lien avec la politique d'amélioration, continue de la qualité, de la pertinence et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers
 - . Élabore un rapport annuel présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi.

La Commission Médicale d'Etablissement définit librement son organisation interne dans son règlement intérieur, sous réserve des dispositions de l'article R6144-6. Elle assume notamment toutes les missions habituellement dévolues à des sous-commissions.

2.2 – Le Comité Social d'Etablissement (CSE)

Le Comité Social d'Etablissement (CSE) est une instance consultative qui remplace le Comité Technique et le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) depuis le 1er janvier 2023. Un Comité social d'établissement est créé dans chaque établissement.

Le CSE établit son règlement intérieur auquel il convient de se rapporter.

2.2.1 COMPOSITION

Le CSE est présidé par le Chef d'établissement. Il comprend 1 représentant de la Commission Médicale d'Etablissement et des représentants du personnels élus pour 4 ans.

Au regard du nombre d'agents appartenant au Ch Graulhet, il n'est pas institué de formation spécialisée en matière d'hygiène et de sécurité des conditions de travail au sein du Comité, ce dernier met en œuvre ses compétences.

En l'absence de risques professionnels particuliers concernant un ensemble de services ou un site, il n'est pas créé de F3SCT complémentaire.

2.2.2 COMPETENCES DU CSE

Le CSE est saisi pour avis sur les points suivants :

- 1° Du projet de règlement intérieur de l'établissement ;
- 2° Des projets de réorganisation de service ;
- 3° Du projet de plan global de financement pluriannuel ;
- 4° Des projets relatifs à l'accessibilité des services et à la qualité des services rendus à l'exception de la qualité des soins et des questions qui relèvent de la compétence de la Commission médicale d'établissement, de la Commission des usagers et de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques ;
- 5° Des projets d'aménagement important modifiant les conditions de santé, de sécurité et les conditions de travail lorsqu'ils s'intègrent dans le cadre d'un projet de réorganisation de service ;
- 6° Des projets de délibération mentionnés à l'[article L. 6143-1 du code de la santé publique](#) ;
- 7° Du projet de plan de redressement mentionné à l'[article L. 6143-3 du code de la santé publique](#) ;
- 8° Des projets relatifs à l'organisation interne de l'établissement mentionnée à l'[article L. 6143-7 du code de la santé publique](#) ;
- 9° Des projets relatifs aux modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- 10° Du projet de plan d'action pluriannuel en faveur de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et ses révisions, en application des dispositions du 5° de l'article L. 253-7 ;
- 11° Des projets de décision relatifs au recours au vote électronique pour l'élection des représentants du personnel dans les instances de dialogue social, en application des dispositions de l'article R. 211-507 ;
- 12° Des projets relatifs à la nature des équipements indispensables à l'exercice de l'activité syndicale, en application des dispositions de l'article R. 213-30 ;
- 13° Des projets relatifs aux modalités d'utilisation par les organisations syndicales des technologies numériques, en application des dispositions de l'article R. 213-63 ;
- 14° Des projets de lignes directrices de gestion relatives à la stratégie pluriannuelle de pilotage des ressources humaines, aux orientations générales en matière de promotion et de valorisation des parcours professionnels dans les conditions fixées au [chapitre III du titre Ier du décret n° 2019-1265 du 29 novembre 2019](#) relatif aux lignes directrices de gestion ;
- 15° Des projets de décision fixant les modalités de gestion des dossiers individuels sur support électronique, en application des dispositions de l'article R. 137-3 ;
- 16° Des projets de décision relatifs aux modalités d'évaluation des agents hospitaliers ;

- 17° Des projets relatifs à la politique générale de formation du personnel, y compris le projet de document pluriannuel d'orientation de la formation des agents et le projet de plan de formation ;
- 18° Des projets de suppression d'emploi, en application des dispositions de l'article L. 543-1 ;
- 19° Des projets de décision relatifs au dispositif collectif d'accompagnement en cas de suppression d'emplois mentionné à l'[article 3 du décret n° 2020-1106 du 3 septembre 2020](#) relatif aux mesures d'accompagnement en cas de suppression d'emploi dans la fonction publique hospitalière ;
- 20° Des projets de décision relatifs au temps de travail mentionnés par le [décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002](#) relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements de la fonction publique hospitalière ;
- 21° Des projets d'orientation-cadre de l'établissement en matière de politique d'engagement collectif ;
- 22° Des autres questions pour lesquelles la consultation du Comité social d'établissement est prévue par des dispositions législatives et réglementaires.

Le CSE est informé chaque année :

- 1° De la situation budgétaire de l'établissement ;
- 2° Du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'[article L. 6114-1 du code de la santé publique](#) ;
- 3° Du budget prévu à l'[article L. 6145-1 du même code](#) ;
- 4° Des décisions mentionnées au 8° de l'[article L. 6143-7 du même code](#) ;
- 5° De la mise en œuvre du plan d'action pluriannuel en faveur de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes ;
- 6° Du bilan de la mise en œuvre des lignes directrices de gestion sur la base des décisions individuelles ;
- 7° De l'actualisation de la base de données sociales mentionnées à l'article R. 232-6 ;
- 8° De la création d'emploi à temps non complet, en application des dispositions de l'[article 3 du décret n° 2020-791 du 26 juin 2020](#) fixant les dispositions applicables aux fonctionnaires occupant un emploi à temps non complet dans la fonction publique hospitalière ;
- 9° Du bilan de la mise en œuvre des mesures prévues à titre individuel ou collectif mentionné à l'[article 3 du décret n° 2020-1106 du 3 septembre 2020](#) relatif aux mesures d'accompagnement en cas de suppression d'emploi dans la fonction publique hospitalière.

2.2.3 COMPETENCES DE LA F3SCT REPRISES PAR LE CSE

La formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail est consultée sur tous documents se rattachant à sa mission. Elle est informée des visites et de toutes les observations de l'Inspecteur santé et sécurité au travail et des réponses de l'administration à ces observations.

Elle examine le rapport annuel établi par le Médecin du travail.

Les formations spécialisées créées en raison de risques professionnels particuliers procèdent à l'analyse de ces risques et proposent les mesures utiles limiter ce ou ces risques.

Les membres de la formation spécialisée procèdent à intervalles réguliers, à la visite des services relevant de leur champ de compétence.

La formation spécialisée est réunie à la suite de tout accident ayant entraîné ou ayant pu entraîner des conséquences graves. Elle procède à une enquête à l'occasion de chaque accident du travail ou de chaque maladie professionnelle.

En cas de risque grave avéré, révélé ou non par un accident de service ou par un accident du travail ou en cas de maladie professionnelle ou à caractère professionnel ainsi qu'en cas de projet important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail lorsqu'il ne s'intègre pas dans un projet de réorganisation du service, la formation spécialisée peut faire appel à un expert certifié.

La formation spécialisée est consultée pour avis sur les questions relatives aux points suivants:

- 1° A la protection de la santé physique et mentale des agents ;
- 2° A l'hygiène ;
- 3° A la sécurité des agents dans leur travail ;
- 4° A l'organisation du travail ;
- 5° Au télétravail ;
- 6° Aux enjeux liés à la déconnexion et aux dispositifs de régulation de l'utilisation des outils numériques ;
- 7° A l'amélioration des conditions de travail et aux prescriptions légales y afférentes.

La formation spécialisée est consultée pour avis sur les points suivants :

- 1° Des projets d'aménagement importants modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail et, notamment :
 - a) Avant toute transformation importante des postes de travail découlant de la modification de l'outillage, d'un changement de produit ou de l'organisation du travail ;
 - b) Avant toute modification de l'organisation et du temps de travail, des cadences et des normes de productivité liée ou non à la rémunération du travail ;
- 2° Des projets importants d'introduction de nouvelles technologies et lors de l'introduction de ces nouvelles technologies, lorsqu'elles sont susceptibles d'avoir des conséquences sur la santé et la sécurité des agents ;
- 3° Des plans mentionnés à l'[article L. 3131-7 du code de la santé publique](#) pour les établissements publics de santé et les groupements de coopération sanitaire de moyens de droit public et à l'[article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles](#) pour les établissements sociaux et médico-sociaux ;
- 4° De la mise en œuvre des mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail et des personnes en situation de handicap, notamment de l'aménagement des postes de travail ;
- 5° De l'élaboration et la mise à jour du document unique d'évaluation des risques professionnels.

La formation spécialisée est consultée sur la mise en œuvre des mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail et des travailleurs en situation de handicap.

La formation spécialisée procède à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les agents notamment les femmes enceintes.

2.2.4 FONCTIONNEMENT DU CSE

Les réunions du CSE ont lieu sur convocation de son président, dans le délai maximum d'un mois, sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

Le CSE ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres ayant voix délibérative sont présents lors de l'ouverture.

L'avis est favorable ou défavorable lorsque la majorité des membres présents s'est prononcée en ce sens. A défaut de majorité, l'avis est réputé avoir été donné ou la proposition formulée.

2.3 – La Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)

2.3.1 COMPOSITION

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques.

Elle est composée de représentants élus, pour 4 ans, par leurs pairs des différentes catégories professionnelles qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques.

Le président du directoire arrête la liste des membres composant la commission.

Au Centre Hospitalier de GRAULHET, la CSIRMT comprend 14 membres représentants élus en 3 collèges :

- Collège des cadres de santé : 2 représentants élus + 2 suppléants,
- Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médicotechniques : 5 représentants élus – 5 titulaires + 5 suppléants
- Collège des aides-soignants : 10 représentants élus – 5 titulaires + 5 suppléants.

Participent aux séances de la commission avec voix consultative :

- Le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ;
- Un représentant des étudiants de 3^{ème} année nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'institut de formation paramédicale ;
- Un élève aide-soignant nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'institut de formation ;
- Un représentant de la Commission Médicale d'Etablissement ;
- Un membre de la Commission des Usagers, désigné par ses pairs, sera associé aux travaux de façon permanente ;
- Toute personne qualifiée peut être associée aux travaux de la commission à l'initiative du Président ou d'un tiers de ses membres.

2.3.2 COMPETENCES

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques est consultée pour avis sur :

1. Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques élaboré par le Coordonnateur Général des soins ;
2. L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ainsi que l'accompagnement des patients ;
3. La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;
4. Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;
5. La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
6. La politique de développement professionnel continu.

Elle est informée sur :

1. Le règlement intérieur de l'établissement ;
2. La mise en place de la procédure prévue à l'article L 6146-2 (participation des auxiliaires médicaux libéraux aux activités de l'EPS) ;
3. Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

2.3.3 FONCTIONNEMENT

La commission se réunit au moins trois fois par an. Elle se dote d'un règlement intérieur et d'un bureau.

Le bureau de la commission est composé :

- Du Président de la commission ;
- D'un membre élu de chaque collège.

Le Président rend compte, chaque année, de l'activité de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques dans un rapport adressé au Directoire.

2.4 – Les Commissions Administratives Paritaires (CAP)

La commission administrative paritaire (CAP) est une instance consultative paritaire compétente pour examiner certaines décisions individuelles défavorables concernant les fonctionnaires titulaires de la fonction publique hospitalière (FPH).

Il existe trois niveaux de CAP :

- Les CAP nationales, gérées par le Centre national de gestion, compétentes pour les directeurs d'hôpital, les directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social ainsi que les directeurs des soins ;
- Les CAP départementales, gérées par un établissement public de santé du département, compétentes pour les autres corps lorsqu'une CAP locale ne peut être créée ou réunie ;

- Les CAP locales, gérées directement par l'établissement, compétentes pour les autres corps lorsque les conditions de création sont réunies.

Les CAP sont réparties comme suit :

- CAP n°1 – Catégorie A : personnel d'encadrement technique
- CAP n°2 – Catégorie A : personnel des services de soins, des services médico-techniques et des services sociaux
- CAP n°3 – Catégorie A : personnel d'encadrement administratif
- CAP n°4 – Catégorie B : personnel d'encadrement technique
- CAP n°5 – Catégorie B : personnel des services de soins, des services médico-techniques et des services sociaux
- CAP n°6 – Catégorie B : personnel d'encadrement administratif et assistants médico-administratifs
- CAP n°7 – Catégorie C : personnel de la filière ouvrière et technique
- CAP n°8 – Catégorie C : personnel des services de soins, des services médico-techniques et des services sociaux
- CAP n°9 – Catégorie C : personnels administratifs
- CAP n°10 – Catégorie A : personnels sages-femmes

Composition de la CAPD :

La CAPD est présidée par le président du conseil de surveillance de l'établissement gestionnaire ou son représentant.

Elle comprend des représentants du personnel désignés à l'issue des élections professionnelles ainsi que des représentants de l'administration.

Composition de la CAPL :

La CAPL est présidée par le président du conseil de surveillance de l'établissement gestionnaire ou son représentant.

Elle comprend des représentants du personnel désignés à l'issue des élections professionnelles ainsi que des représentants de l'administration désignés par le conseil de surveillance. Le président en est membre de droit.

2.4.1 COMPETENCES

La CAP rend un avis obligatoire dans les situations suivantes :

- ✓ En matière disciplinaire : sanctions des deuxième, troisième et quatrième groupes ;
- ✓ Refus de titularisation ou licenciement en cours de stage pour insuffisance professionnelle ou faute disciplinaire ;
- ✓ Licenciement d'un agent en disponibilité après trois refus de poste ;
- ✓ Licenciement pour insuffisance professionnelle ;
- ✓ Mise à la retraite d'office pour invalidité à l'issue d'un congé de maladie ;
- ✓ Refus d'une action de formation en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail ;

- ✓ Refus d'utilisation du compte personnel de formation (CPF) ;
- ✓ Questions individuelles relatives au renouvellement ou au non-renouvellement du recrutement d'un travailleur en situation de handicap ;
- ✓ Deuxième refus d'une demande d'action de formation en vue de la préparation aux concours et examens ;
- ✓ Troisième refus d'une demande de congé de formation professionnelle ;
- ✓ Demande de dispense de l'engagement de servir à l'issue d'un congé de formation professionnelle ;
- ✓ Demande de réintégration après une période de privation des droits civiques ou d'interdiction d'exercer un emploi public.

La CAP peut également être saisie à la demande de l'agent dans les situations suivantes :

- ✓ Refus d'autorisation de travail à temps partiel, litiges relatifs à ses conditions d'exercice, ainsi que refus d'autorisation spéciale d'absence pour préparer un concours ou suivre une action de formation continue ;
- ✓ Refus de démission ;
- ✓ Demande de révision du compte rendu d'évaluation professionnelle ;
- ✓ Rejet d'une demande de période de professionnalisation ;
- ✓ Refus de mobilisation du compte personnel de formation (CPF) ;
- ✓ Refus de congés au titre du compte épargne-temps (CET) ;
- ✓ Procédure de reclassement d'office.

2.5 – La Commission Des Usagers (CDU)

La Commission Des Usagers (CDU) est chargée de veiller au respect des droits des usagers, de faciliter leurs démarches, et de contribuer à améliorer l'accueil et la prise en charge des personnes patients et de leurs proches.

2.5.1 COMPOSITION

Membres de droit :

- Le Directeur du Centre Hospitalier de GRAULHET ou son représentant ;
- Un médiateur non-médecin et son suppléant, désignés par le Directeur du Centre Hospitalier de GRAULHET parmi le personnel non médical exerçant dans l'établissement ;
- Un médiateur médecin et son suppléant, désignés par le Directeur du Centre Hospitalier de GRAULHET, après avis de la CME, parmi les médecins exerçant dans l'établissement ou ayant cessé d'y exercer la médecine ou des fonctions de médiateur depuis moins de cinq ans. Le médiateur médecin et son suppléant ne doivent pas exercer dans le même service ;
- Deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le Directeur de l'ARS dans les conditions prévues à l'article R. 1112-83.

La CDU comprend en outre :

- Un représentant de la Commissions des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques (CSIRMT) et son suppléant, désignés par le Directeur des Soins ;
- Un représentant du personnel siégeant en Comité Social d'Etablissement (CSE), avec un suppléant, choisis par les membres du CSE en son sein ;
- Le responsable qualité, avec voix consultative.

Les membres de la Commission Des Usagers sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Le Directeur peut en outre inviter les collaborateurs de son choix à participer aux séances de la commission.

La durée du mandat des médiateurs, des représentants des usagers et des représentants du personnel est fixée à trois ans renouvelable.

Le mandat des autres membres de la commission prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels ils ont été désignés.

Le Président de la CDU est élu parmi les membres de droit pour un mandat de trois ans, renouvelable deux fois.

La Commission Des Usagers élit dans les mêmes conditions un vice-président. Le vice-président est issu d'une autre de ces catégories de membres que celle du président. Son mandat est renouvelable deux fois.

2.5.2 COMPETENCES

La commission veille au respect des droits des usagers et facilite les démarches.

A cet effet, l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement sont tenues à la disposition des membres de la commission.

La commission examine celles de ces plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

La commission contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes patients et de leurs proches (article R. 1112-80-II). A cet effet :

Elle reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment :

- Les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées par la commission médicale d'établissement ainsi que les avis, vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement ;
- Une synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ;

- Le nombre de demandes de communication d'informations médicales formulées en vertu de l'article L. 1112-1 du Code de la santé publique ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes ;
- Les résultats des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie ;
- Le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers ;
- Une présentation, au moins une fois par an, des événements indésirables graves mentionnés à l'article L.1413-14 survenus au cours des douze mois précédents ainsi que les actions menées par l'établissement pour y remédier ;
- Une information sur chaque événement indésirable grave associé à des soins, lors de la réunion qui suit la transmission au directeur général de l'Agence Régionale de Santé de la deuxième partie du formulaire mentionné à l'article R. 1413-69. Cette information, adressée par le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet, comprend une description synthétique des circonstances de l'évènement indésirable grave survenu, des conséquences pour la ou les personnes concernées, des mesures immédiates prises pour ces personnes, ainsi que le plan d'actions correctives mis en œuvre par l'établissement ;
- Les observations des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement, qu'elle recueille au moins une fois par an.

A partir notamment de ces informations, la commission :

- Procède à une appréciation des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, fondée sur une analyse de l'origine et des motifs des plaintes, des réclamations et des témoignages de satisfaction reçus dans les différents services ainsi que des suites qui leur ont été apportées ;
- Recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le Conseil de Surveillance en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge et évalue l'impact de leur mise en œuvre ;
- Formule des recommandations, notamment en matière de formation des personnels, destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes patients et de leurs proches et à assurer le respect des droits des usagers.

La commission rend compte de ses analyses et propositions dans son rapport annuel. Ce rapport ne comporte que des données anonymes. Après avis des autres instances consultatives concernées (CME, CSE, CSIRMT), il est transmis au Conseil de surveillance, quinze jours au moins avant la séance au cours de laquelle ce dernier délibère sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Il est également transmis à l'Agence Régionale de Santé.

La commission peut proposer un projet des usagers, après consultation de l'ensemble des représentants des usagers de l'établissement et des représentants des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement et intervenant en son sein. Ce projet s'appuie sur les rapports d'activité annuels établis par la commission.

Il exprime les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et du respect du droit des usagers. La Commission Médicale de l'Etablissement contribue à son élaboration. Le projet des usagers est proposé par la commission des usagers en vue de l'élaboration du projet d'établissement. Il est transmis au directeur d'établissement.

2.5.3 FONCTIONNEMENT

La commission établit son règlement intérieur.

La commission se réunit au moins une fois par trimestre et plus, en tant que de besoin. Une planification prévisionnelle est établie pour l'année. La réunion est de droit à la demande de la moitié au moins des membres ayant voix délibérative.

La commission peut entendre toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour. Les représentants des usagers suppléants sont systématiquement conviés aux réunions de la CDU.

2.6 – Le Conseil de la Vie Sociale (CVS)

Le Conseil de la Vie Sociale est une instance composée à la fois de représentants des résidents, de représentants des familles et de représentants du personnel.

Il concerne l'ensemble des EHPAD du Centre Hospitalier de GRAULHET.

Le conseil donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service, notamment :

- Sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne,
- Sur les droits et libertés des personnes accompagnées,
- Les activités, l'animation socio-culturelle et les prestations proposées par l'établissement ou services,
- Les projets de travaux et d'équipements,
- La nature et le prix des services rendus,
- L'affectation des locaux collectifs,
- L'entretien des locaux,
- Les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture,
- L'animation de la vie institutionnelle,
- Les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge.

Le Conseil de la Vie Sociale comprend :

- A minima, cinq représentants des personnes accompagnées en EHPAD titulaires + 5 suppléants, mais tous les résidents souhaitant participer sont invités
- Un représentant des familles ou des proches aidants + 1 suppléant ;
- Un représentant des représentants légaux + 1 suppléant ;
- Un représentant des mandataires judiciaires à la protection des majeurs + 1 suppléant ;
- Une personne qualifiée interne + 1 suppléant ;

- Un représentant des bénévoles + 1 suppléant ;
- Un représentant des professionnels employés + 1 suppléant ;
- Un représentant de l'organisme gestionnaire + 1 suppléant ;
- Le médecin coordonnateur de l'établissement ;
- Un représentant des membres de l'équipe médico-soignante + 1 suppléant.

Le nombre des représentants des personnes accueillies, d'une part, et de leur famille ou de leurs représentants légaux, d'autre part, doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil.

Peuvent assister aux débats :

- Un représentant élu de la commune d'implantation de l'activité ou un représentant élu de coopération intercommunale,
- Un représentant du conseil départemental,
- Un représentant de l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation,
- Un représentant du conseil départemental et de la citoyenneté et de l'autonomie,
- Une personne qualifiée mentionnée à l'article L. 311-5,
- Le représentant du défenseur des droits.

Le CVS établit son règlement intérieur. La durée de mandat de ses membres y est fixée.

Le CVS se réunit au moins 4 fois par an (2 réunions se déroulent sur chaque site). Les comptes rendus sont affichés au sein des services.

ARTICLE 3 : LA DIRECTION ET LES ASTREINTES ADMINISTRATIVES

1.1 – L'organisation de la direction

Le Centre Hospitalier de GRAULHET est en direction commune avec les Centres Hospitaliers de GAILLAC, d'ALBI et l'EHPAD de Rabastens ce qui signifie que ces établissements ont le même chef d'établissement. Il en va ainsi de l'équipe de Direction qui est commune pour ces quatre établissements.

L'organigramme de la direction commune et la délégation de signature détaillent l'organisation ainsi que les missions et les attributions.

1.2 – Les astreintes administratives

L'astreinte de direction répond au principe de continuité du service public et à la nécessité d'assurer la permanence de la fonction de direction.

Le directeur d'astreinte est habilité à prendre les décisions d'urgence qui s'imposent en matière de sécurité des biens et des personnes ainsi que toutes décisions en matière d'organisation du service et de continuité du service public hospitalier.

A ce titre, une délégation de signature lui est donnée et il est autorisé à prendre toute disposition adaptée concernant :

- L'exercice du pouvoir de police au sein de l'établissement afin d'assurer la sécurité des personnes et des biens et le bon fonctionnement du service public hospitalier,
- Tous les actes nécessaires à la continuité du service public hospitalier, et notamment les assignations des personnels grévistes lorsqu'elles sont nécessaires à la continuité des soins et à la sécurité des personnes accueillies,
- Tous les actes nécessaires à la gestion du patient, y compris en matière d'Etat Civil, les déclarations de décès et autorisations de transport de corps sans mise en bière,
- Les dépôts de plainte et dénonciations auprès des autorités de police et de justice,
- Toutes les mesures conservatoires nécessaires à la gestion des situations de crise,
- Toutes les décisions et actes nécessaires liés au pouvoir adjudicateur du CH de GRAULHET, en direction commune avec les CH de Gaillac et d'Albi, dans le cadre de l'organisation de la fonction support achat du GHT « Cœur d'Occitanie ».

L'astreinte de direction est assurée par les membres de l'équipe de direction.

L'astreinte de direction couvre toute la Direction commune.

Un planning prévisionnel des astreintes administratives est diffusé par le secrétariat de direction du CH de GRAULHET. L'astreinte de direction est joignable via le standard du CH d'ALBI.

Il est également organisé une astreinte administrative de premier niveau, établi sous le contrôle de la Coordination générale des soins et du Directeur de site.

CHAPITRE III – ORGANISATION INTERNE ET GOUVERNANCE

Le CH de Graulhet est constitué :

- D'un secteur sanitaire comprenant :
 - o Un service de Médecine
 - o Un service de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR)
 - o Une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI)
- D'un secteur médico-social comprenant :
 - o L'EHPAD du Pré de Millet
 - o L'EHPAD de St François, avec un PASA
 - o L'EHPAD des 4 Saisons
 - o L'Accueil de jour le Relais du Parc

Un Chef de service doit être nommé, par décision conjointe du Directeur et du Président de la Commission Médicale d'Etablissement, pour une période de 4 ans renouvelable, pour chaque secteur d'activité.

Le Chef de service du secteur médico-social est également Médecin Coordonnateur des EHPAD.

Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de Chef de service par décision conjointe du Directeur et du Président de la Commission Médicale d'Etablissement.

Le Chef de service assure la conduite générale du service ou de l'unité fonctionnelle dont il est en charge, la mise en œuvre des missions qui leur sont assignées et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée. Il élabore un projet de service ou d'unité fonctionnelle 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.

CHAPITRE IV - ORGANISATION DES SOINS ET FONCTIONNEMENT MEDICAL

ARTICLE 1 : CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE ET REGLES PROFESSIONNELLES

Le code de déontologie médicale s'applique aux praticiens de l'établissement.

Le Centre Hospitalier de GRAULHET garantit l'application et le respect des règles de déontologie professionnelles telles que fixées par le code de la santé publique.

Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort.

Le médecin, doit en toutes circonstances, respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine.

Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'ils peuvent éprouver à leur égard.

Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée.

Dans les limites fixées par la loi, et compte tenu des données acquises par la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.

Le praticien a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances.

Outre les médecins, les pharmaciens sont, du fait de la loi, soumis à un code de déontologie, et, les infirmiers, à des règles professionnelles.

ARTICLE 2 : RESPONSABILITE MEDICALE ET PROFESSIONNELLE

Les médecins hospitaliers et les professionnels de l'établissement sont couverts, dans l'exercice de leur fonction, dans le cadre de leur activité en secteur public, par l'assurance responsabilité civile du centre hospitalier de GRAULHET. Cette couverture assurancielle couvre notamment le risque médical et les fautes dites de service.

Les médecins hospitaliers peuvent être amenés, à la demande de la direction de l'établissement, à produire des documents ou à participer à des missions d'expertise pour la défense du centre hospitalier, dans le respect du code de déontologie médicale.

La responsabilité personnelle des professionnels est engagée en cas de faute détachable du service. Les juridictions de l'ordre judiciaire sont alors seules compétentes pour la caractériser et la sanctionner.

ARTICLE 3 : CONTINUITE DES SOINS ET PERMANENCE MEDICALE ET PHARMACEUTIQUE

La continuité et la permanence des soins découlent du principe de continuité du service public hospitalier.

L'organisation des activités médicales et pharmaceutiques comprend un service quotidien de jour et un service relatif à la permanence des soins pour la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés.

La permanence des soins a pour objet d'assurer de jour et de nuit, y compris le week-end et les jours fériés, la prise en charge et pendant chaque nuit, le samedi après-midi et la journée du dimanche ou des jours fériés, la sécurité des patients hospitalisés ou, le cas échéant, admis en urgence.

La permanence médicale est organisée sous formes de gardes et/ou d'astreintes, conformément à la réglementation et à l'organisation arrêtée au sein de l'établissement.

Il n'existe pas de permanence pharmaceutique au CH de GRAULHET.

Dans le cadre des dispositions réglementaires sur l'organisation et l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence médicale dans les établissements publics de santé, le Directeur prépare l'organisation des activités et du temps de présence médicale et pharmaceutique, après consultation du chef de service.

Le Directeur arrête les tableaux mensuels nominatifs de participation au service de garde, sur proposition du chef de service. A cet effet, ces tableaux sont transmis à la Direction en charge des affaires médicales avant le 20 du mois précédent le mois concerné.

L'organisation et le fonctionnement des astreintes médicales sont validés au sein de la CME.

ARTICLE 5 : CORPS MEDICAL

Le corps médical du Centre Hospitalier de GRAULHET peut être composé de :

- Praticiens hospitaliers

- Praticiens associés /Praticiens à Diplôme Hors Union Européenne
- Praticien Contractuel

Les conditions de recrutement, les procédures de nomination et les fonctions respectives sont détaillées dans le code de la santé publique.

ARTICLE 6 : COORDINATION DES SOINS DISPENSES AUX PATIENTS

L'ensemble des professionnels hospitaliers concourent à la prise en charge des patients. Ils y procèdent, quelle que soit leur catégorie statutaire, en fonction de la qualification et des responsabilités qui sont les leurs, de la nature des soins qu'ils sont amenés le cas échéant à dispenser et d'une manière générale, du devoir d'assistance aux patients et à leurs familles.

L'activité des professionnels hospitaliers est organisée de façon coordonnée en tenant compte des besoins des patients, que ces besoins soient ou non exprimés explicitement. Lorsque plusieurs professionnels collaborent à l'examen ou au traitement d'un patient, ils doivent se tenir mutuellement informés. Pour cela, ils tracent préférentiellement leurs transmissions, leurs interventions, leurs actes dans les outils institutionnels à disposition. Chacun des professionnels assume ses responsabilités propres et veille à l'information du patient et/ou de son entourage, de la personne de confiance.

Dans chaque service de soins, un cadre de santé assure la coordination, l'organisation et la mise en œuvre des soins ou des examens.

Les personnels qualifiés (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...) accomplissent les soins relationnels, techniques et/ou les examens, ainsi que tous les soins nécessaires au confort des patients.

Ils sont assistés dans cette tâche, par d'autres professionnels (aides-soignants, ...) qui participent aux soins d'hygiène et de confort de la personne soignée.

ARTICLE 7 : PHARMACIE A USAGE INTERIEUR (PUI)

La gérance de la pharmacie à usage intérieur (PUI) est assurée par un pharmacien désigné par le Directeur. Il est responsable du respect des dispositions ayant trait à l'activité pharmaceutique.

La comptabilité matière de la pharmacie est tenue sous son contrôle direct et sous sa responsabilité, hors de tout maniement de fonds.

Les pharmaciens exerçant au sein de la PUI exercent personnellement leur profession. Ils peuvent se faire aider par les préparateurs en pharmacie ainsi que par d'autres catégories de personnels spécialisés qui sont attachés à la pharmacie à raison de leurs compétences. Ces personnes sont placées sous l'autorité technique du pharmacien chargé de la gérance.

La PUI est chargée de répondre aux besoins pharmaceutiques de l'établissement et notamment :

- D'assurer la gestion, l'approvisionnement, la vérification des dispositifs de sécurité, la préparation, le contrôle, la détention, l'évaluation et la dispensation des médicaments,

produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1, des dispositifs médicaux stériles et des médicaments expérimentaux ou auxiliaires définis à l'article L. 5121-1-1, et d'en assurer la qualité ;

- De mener toute action de pharmacie clinique, à savoir de contribuer à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé mentionnés au 1° et de concourir à la qualité des soins, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins mentionnée à l'article L. 1110-12, et en y associant le patient ;
- D'entreprendre toute action d'information aux patients et aux professionnels de santé sur les produits de santé mentionnés au 1°, ainsi que toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage, et de concourir à la pharmacovigilance, à la matériovigilance, et à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles mentionnée à l'article L. 6111-2 ;
- S'agissant des pharmacies à usage intérieur des établissements publics de santé, exercer les missions d'approvisionnement et de vente en cas d'urgence ou de nécessité mentionnées à l'article L. 5126-8.

Le pharmacien chargé de la gérance de la PUI est responsable des missions et des activités autorisées pour cette pharmacie, conformément à la réglementation et aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière.

ARTICLE 8 : DEPARTEMENT D'INFORMATION MEDICALE (DIM)

7.1 – Fonctionnement

L'Unité d'Information Médicale (UIM) du CH de GRAULHET fait partie du Département d'Information Médicale (DIM) du Groupement Hospitalier de Territoire Cœur d'Occitanie (DIM-T). Au sein du DIM-T, un Médecin référent du CH de GRAULHET est identifié, qui est responsable de l'UIM.

Dans le cadre du règlement intérieur du DIM-T, l'UIM du CH de GRAULHET est chargée de la gestion des données médicales de l'établissement. Elle a notamment pour mission de procéder à l'extraction, au traitement et à l'analyse des informations médicales produites par les services hospitaliers dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information.

Le Médecin référent est responsable de leur validité et de leur exhaustivité. Il met en œuvre l'ensemble des actions de promotion, de formation et de conseil utiles à cette réalisation. Il participe à la conception du système d'information médicale intégré au système d'information de l'établissement. Il est associé à la conception du schéma directeur informatique de l'établissement. Il assiste les médecins dans leur réflexion sur la qualité des soins, notamment par l'accès aux bases de données médicales qu'il constitue. Il est garant du respect des règles relatives à la confidentialité des informations médicales nominatives, ainsi qu'à la propriété intellectuelle des médecins sur leurs travaux de recherche, comme de celles du code de déontologie.

Le médecin responsable de l'information médicale transmet au chef de service, à la Commission Médicale d'Etablissement et au Directeur de l'établissement les informations nécessaires à l'analyse de l'activité, tant en ce qui concerne l'établissement dans son ensemble que chacune des structures médicales.

7.2 – Traitement automatisé des informations nominatives - droits d'accès

À l'occasion du séjour du patient au sein de l'établissement, des renseignements administratifs, sociaux et médicaux concernant les patients et constituant des données à caractère personnel, sont traités par les applications informatiques de l'établissement.

Ces données sont notamment recueillies pour faciliter la gestion administrative des dossiers, la facturation des actes médicaux, la télétransmission des feuilles de soins, l'édition des résultats d'analyse et d'examens ou encore des travaux statistiques à usage de service. Les traitements gérant ces informations sont effectués dans le respect de la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée.

Certains professionnels de santé de l'établissement sont, du fait de leurs fonctions, habilités à consulter le dossier du patient pris en charge.

Les modalités d'accès de ces professionnels sont définies dans une charte validée par la Commission médicale du groupement.

Les personnes concernées peuvent exercer un droit d'accès à ces informations, afin d'en vérifier l'exactitude et le cas échéant afin de les rectifier, de les compléter ou de les mettre à jour. Elles peuvent, après en avoir justifié, s'opposer aux traitements de leurs données en contactant le référent RGPD du CH Graulhet via le courriel : dpo@hopital-graulhet.fr.

En cas de difficulté dans l'exercice de ces droits, les patients peuvent introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) via le site <https://www.cnil.fr>.

CAS PARTICULIER DE LA RECHERCHE

Ces données peuvent faire l'objet d'analyses statistiques pour la recherche scientifique dans le domaine de la santé par l'équipe médicale responsable des soins ou par d'autres professionnels dûment habilités. Le patient peut à tout moment exprimer une opposition à cette utilisation des données en s'adressant au Directeur d'établissement ou bien en adressant un courriel à l'adresse suivante : dpo@hopital-graulhet.fr.

Il est précisé que les données médicales sont informatisées et réservées à l'équipe de soins qui suit chaque patient. Tout médecin désigné par le patient peut également en prendre connaissance.

CHAPITRE V-SECURITE ET HYGIENE

ARTICLE 1 : FINALITE ET PORTEE DES REGLES

Les règles de sécurité (sécurité générale et sécurité de fonctionnement) ont pour objectif de :

- Limiter les risques, accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que le Centre Hospitalier assure à ses usagers ;
- Assurer le calme et la tranquillité des usagers et la protection des personnes et des biens ;

- Protéger les personnels et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement.

En tant que responsable de la conduite générale de l'établissement, le directeur édicte ces règles par voie de notes de service portant règlement intérieur spécifique et recommandations générales ou consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service, dans le respect des lois, des règlements et des principes généraux du droit.

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

Dans la mesure où les conventions qui lient le Centre Hospitalier à certains organismes logés sur son domaine n'en décident pas autrement, les règles de sécurité en vigueur au sein du site sont opposables à ces organismes.

ARTICLE 2 : SECURITE GENERALE

2.1 – Accès aux divers sites du Centre Hospitalier de GRAULHET

L'accès dans l'enceinte des divers sites du Centre Hospitalier de GRAULHET est réservé aux usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs et à ceux qui y sont appelés en raison de leur fonction.

Le Directeur peut faire appel sur réquisition écrite à l'intervention de la Gendarmerie Nationale pour faire respecter les accès ambulances, pompiers, les parkings handicapés.

Le Directeur peut interdire l'accès du CH à une personne qui n'est pas un usager (patient ou visiteur) et en cas de besoin Il peut requérir l'intervention de la Gendarmerie Nationale pour faire respecter sa décision.

2.2 – Matériels de sécurité générale

Pour assurer la sécurité de ses professionnels, des usagers et de ses locaux, le CH est équipé d'un ensemble de moyens tels que vidéosurveillance conformément aux règles définies par la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés.

L'installation, le fonctionnement et l'exploitation des matériels de vidéo surveillance sont déclarés et doivent observer les dispositions de la loi et des textes pris pour son application.

2.3 – Atteinte au calme et gestion des troubles et évènements préjudiciables

Toute personne extérieure, accompagnant ou visiteur qui crée un trouble au sein d'un des sites du Centre Hospitalier est invité à y mettre un terme sans délai. S'il persiste, il lui est signifié de quitter l'établissement. Si nécessaire, il peut être accompagné à la sortie du site, avec en cas de besoin appel aux autorités de police (Gendarmerie Nationale).

Les faits de délinquance et de violence perpétrés dans l'enceinte de l'un des sites du Centre Hospitalier engagent totalement la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non.

Les violences verbales ou physiques envers les professionnels ou usagers du Centre Hospitalier ne sont pas tolérées et feront l'objet d'un signalement immédiat au Procureur de la République par la Direction.

En cas d'atteinte aux biens du Centre Hospitalier, un dépôt de plainte sera réalisé.

Le Centre Hospitalier de GRAULHET assure en cas de violences, menaces, voies de fait, injures, diffamations ou outrages, la protection des agents qui en sont victimes à l'occasion de leurs fonctions, et le cas échéant, la réparation du préjudice qui en résulte.

Les victimes de ces dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel ; le Directeur porte plainte pour les dommages subis par le Centre Hospitalier. Il peut déléguer un agent de l'établissement pour aller porter plainte.

Dans l'hypothèse où un agent agressé estimerait ne pas pouvoir porter plainte, le directeur, en application du code de procédure pénale, peut porter les faits à la connaissance du Procureur de la République dans la mesure où ces faits paraissent constituer un délit.

2.4 – Rapports avec l'autorité judiciaire

Le Directeur informe sans délai le Procureur de la République des crimes et délits qui sont portés à sa connaissance.

2.5 – Rapports avec les autorités de police et de gendarmerie

Seul le Directeur a la responsabilité d'organiser les relations avec la Gendarmerie Nationale.

Il informe les services de gendarmerie en cas de mort violente ou suspecte sur le site s'il en a connaissance.

Il lui revient de décider s'il y a lieu de demander au sein du site une intervention de police, l'autorité de police appréciant si cette intervention est possible ou nécessaire.

En cas d'enquête de police ou gendarmerie, le Directeur est systématiquement informé des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient.

Il veille à ce que soient pris en considération, dans les meilleures conditions possibles, les impératifs et les garanties tirées de l'application de la loi pénale, du secret professionnel, des dispositions relatives aux droits des patients et d'une manière générale des droits du citoyen.

2.6 – Circonstances exceptionnelles

En cas de circonstances exceptionnelles liées à la sécurité, le Directeur prend toutes les mesures justifiées par la nature des événements et proportionnées à la gravité de la situation. Le CSE en est informé pour les matières relevant de la compétence d'une F3SCT.

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

Il peut ainsi faire interdire l'accès du site hospitalier à toute personne qui se refuserait à se prêter aux mesures générales éventuellement décidées (ouverture des sacs, bagages ou paquets, véhicules...) ou à justifier le motif de son accès sur le site.

En cas de péril grave et imminent pour le site, pour son personnel ou pour un ou plusieurs usagers, le directeur, peut, sans consentement des intéressés, faire procéder en urgence à l'inspection de certains locaux et à l'examen de certains mobiliers ou véhicules.

Il peut aussi décider d'un périmètre de sécurité ou d'une évacuation.

En cas de catastrophe ou lors du déclenchement de plans d'urgence ou de sécurité générale (tel que Vigipirate), le directeur prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission du service public hospitalier, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

ARTICLE 3 : SECURITE DE FONCTIONNEMENT

3.1 – Gestion des risques

Le Directeur et ses adjoints prennent les mesures nécessaires pour assurer la sécurité, protéger la santé et l'intégrité des patients, résidents et des personnes autres fréquentant le Centre Hospitalier de GRAULHET.

A cet effet, sur la base d'une évaluation des risques, ils définissent et mettent en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des instances concernées. Ils informent régulièrement ces instances de l'application des plans d'action et de prévention.

Ils organisent la mise en œuvre de cette politique de façon qu'elle soit accompagnée des autorisations nécessaires et qu'elle soit régulièrement soumise aux vérifications et contrôles obligatoires.

Ils prévoient un programme visant à former les personnels aux mesures de prévention qui nécessitent leur participation et à informer les usagers ou les tiers des mesures qu'ils ont à connaître, dans leur intérêt.

3.2 – Personnel technique et continuité de service

Suivant les instructions du Directeur, et dans les domaines relevant de leurs compétences réciproques, les directions concernées organisent la continuité du service sur le plan technique afin que le Centre Hospitalier puisse faire face en permanence aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour assurer la sécurité de fonctionnement.

Elles désignent respectivement les agents qui assurent ces interventions ou les sociétés qui par contrat assurent des astreintes sur des compétences indispensables au bon fonctionnement de l'établissement

3.3 – Sécurité incendie

Le Centre Hospitalier de GRAULHET est assujéti aux règles de sécurité contre les risques d'incendie et de panique applicables à tous les établissements recevant du public.

Tout le personnel est tenu de suivre périodiquement les séances de formation interne relative à la sécurité contre l'incendie.

Tout stationnement est interdit sur les voies destinées aux véhicules de sapeurs-pompiers, au droit des poteaux d'incendie et des sorties de secours.

Les consignes de protection contre l'incendie doivent être scrupuleusement respectées, à savoir :

- La conduite à tenir en cas d'incendie ;
- Les modalités d'évacuation notamment dans les locaux d'hospitalisation ;
- Les conditions de stockage et de manipulation des produits dangereux et des liquides inflammables ;
- La vacuité permanente des itinéraires d'évacuation ;
- L'accessibilité aux moyens de secours et d'extinction ;
- L'accessibilité aux dispositifs de commande des installations techniques ;
- L'usage d'appareils de cuisson ou de réchauffage est prohibé dans les locaux non appropriés.

Des consignes générales sont affichées dans les services à l'usage de tous.

3.4 – Interdiction de fumer

Par mesure de santé publique, d'hygiène et de sécurité, et conformément à la réglementation, il est strictement interdit de fumer dans l'ensemble des locaux des sites du Centre Hospitalier.

Cette interdiction s'applique dans tous les secteurs d'activité, y compris dans les lieux de vie et secteurs d'hébergement (EHPAD).

Elle s'applique aussi dans les bureaux individuels et dans les chambres des patients et des résidents.

Conformément au décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006, il est interdit pour les résidents des EHPAD de fumer à l'intérieur de l'établissement. Pour des raisons de sécurité, il est interdit de fumer dans les chambres.

Tout contrevenant, membre du personnel, patient, résident ou visiteur, s'expose à des sanctions disciplinaires ou pénales en cas de manquement à cette interdiction.

3.5 – Interdiction de vapoter

Par extension des dispositions réglementaires applicables dans certains lieux publics et espaces collectifs, il est strictement interdit de vapoter dans l'ensemble des locaux du Centre Hospitalier.

Cette interdiction s'applique dans tous les secteurs d'activité, y compris dans les lieux de vie et secteurs d'hébergement (EHPAD).

Elle s'applique aussi dans les bureaux individuels et dans les chambres des patients et des résidents.

ARTICLE 4 : CIRCULATION ET STATIONNEMENT DES VEHICULES

4.1 – Circulation

Les voies de dessertes établies dans l'enceinte du Centre Hospitalier sont strictement réservées à la circulation du personnel et des usagers du service public hospitalier.

Les dispositions du code de la route, matérialisées ou non par une signalisation adéquate sont applicables dans l'enceinte du Centre Hospitalier de GRAULHET.

Toutefois, le Directeur peut définir des règles spécifiques de circulation et de stationnement des automobiles et réglementer l'accès, la circulation, l'arrêt et le stationnement des diverses catégories de véhicules, afin d'assurer le bon fonctionnement du service public, sa maintenance et sa protection.

La vitesse est limitée à 20 km/h.

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

La priorité est donnée aux patients et aux résidents qui sont appelés à circuler librement dans l'établissement.

Il est recommandé d'être particulièrement vigilant au regard des déplacements des personnes à mobilité réduite ainsi que les patients/résidents circulant en fauteuil roulant.

4.2 – Stationnement

Le stationnement dans l'enceinte du Centre Hospitalier de GRAULHET est interdit en dehors des emplacements matérialisés.

Certaines voies d'accès, réservées pour l'intervention des secours extérieurs, sont signalées ; aucun stationnement n'est toléré sur ces voies ainsi que sur les zones matérialisées au sol par des zébrures jaunes et blanches.

Des places réservées aux personnes à mobilité réduite sont également matérialisées.

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

L'accès et le stationnement dans l'enceinte de l'établissement sont autorisés aux :

- Ambulances et VSL et taxis
- Véhicules de secours
- Véhicules des personnels préalablement autorisés
- Véhicules de service et ceux de fournisseurs ou d'entreprises intervenant dans le Centre Hospitalier
- Véhicules des Personnes à Mobilité Réduite

Les places réservées doivent être respectées.

4.3 – Responsabilité

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

Elle ne saurait en rien engager la responsabilité du Centre Hospitalier, notamment en cas d'accident de la circulation, de vol de véhicules ou de déprédations.

La police de la circulation sur le site relève du directeur

4.4 – Sanctions

La direction du Centre Hospitalier de GRAULHET se réserve le droit de faire appel sur réquisition écrite aux services de la gendarmerie nationale, à la fourrière, pour faire déplacer les véhicules dont le stationnement entraverait la circulation, mettrait en péril la sécurité des personnes ou des biens et de manière générale, compromettrait le fonctionnement du service public hospitalier, ainsi que tout véhicule abandonné ou à l'état d'épave aux frais du propriétaire du véhicule.

Le non-respect des prescriptions citées par le personnel du CH de Graulhet ci-dessus est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires.

CHAPITRE VI-AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS

Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, le Centre Hospitalier de GRAULHET définit et met en œuvre une politique adéquate, évalue son activité et se soumet aux procédures d'évaluation, dont la procédure de certification pilotée par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour le secteur sanitaire et les évaluations externe et interne pour le secteur médico-social.

Le Centre Hospitalier de GRAULHET est engagé depuis plusieurs années dans une politique qualité et de sécurité des soins centrée sur la prise en charge du patient.

Cette politique se traduit par des mesures concrètes tendant à améliorer les pratiques professionnelles et à s'assurer de la satisfaction des patients.

La démarche Qualité est intégrée à la culture sécurité développée au Centre Hospitalier de GRAULHET. Elle repose sur une politique Qualité institutionnelle définie par le Comité Qualité présidé par le Directeur, le Président de la CME (Commission Médicale d'Etablissement) et la Directrice des Soins qui assure un pilotage dynamique de cette politique en tenant compte de la réglementation et de l'actualité institutionnelle.

La participation des représentants d'usagers à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique d'amélioration Qualité et sécurité des soins est réalisée notamment dans le cadre de la Commission des Usagers et par la participation au Comité Qualité. Enfin, le Centre Hospitalier porte une démarche de qualité de vie au travail et les lignes directrices de gestion ont été validées fin 2021.

ARTICLE 1: MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE QUALITE ET ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Elle est un élément essentiel du projet d'établissement. La recherche de la qualité est globale et concerne tous les secteurs d'activité.

Cette culture est partagée par toutes les catégories de professionnels.

L'amélioration continue de la qualité est le résultat de démarches internes conduites par les personnels.

Elle est obtenue grâce à l'amélioration systématique des processus de travail, la réduction des dysfonctionnements et l'engagement des personnes. Les professionnels sont tenus de signaler les événements indésirables dont ils ont connaissance, selon les procédures en vigueur dans l'établissement.

Le responsable qualité-gestion des risques :

- Recense les différentes démarches d'amélioration menées dans l'ensemble des services du Centre Hospitalier ;
- Impulse les nouvelles démarches rendues obligatoires réglementairement ou nécessaires ;
- Sélectionne des thèmes prioritaires déterminés par les plans d'actions d'amélioration de la qualité résultant des revues de processus des auto-évaluations, des visites de certification et évaluations externes, des résultats de la satisfaction patients et des avis et propositions émis par la Commission des Usagers ;
- Suit l'avancée des actions et les fédère.

Dans la continuité des actions menées au sein de l'établissement pour répondre aux besoins et aux attentes légitimes de ses patients et usagers en matière de qualité, de sécurité des soins et de qualité du service rendu, l'établissement poursuit et développe ses actions transversales dans 4 directions majeures :

- Améliorer le pilotage, la coordination et la mise en œuvre de la démarche qualité et sécurité des soins avec un renforcement du rôle des pôles et des services ;
- Poursuivre le déploiement du management par la qualité et la gestion des risques dans la réalité quotidienne des équipes ;
- Renforcer la qualité et la sécurité des parcours patients ;
- Améliorer le niveau de culture qualité et sécurité de l'ensemble des professionnels.

Chaque axe de la politique qualité est formalisé et accessible dans la gestion documentaire de l'établissement.

ARTICLE 2 : LA DEMARCHE DE CERTIFICATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET DES ETABLISSEMENT SOCIAUX ET MEDICAUX SOCIAUX.

La procédure de certification constitue un temps fort de la démarche permanente de recherche de la qualité, avec comme objectif principal une meilleure prise en charge du patient. Cette procédure donne lieu à la visite d'experts-visiteurs de la Haute Autorité de Santé (HAS).

La démarche s'inscrit dans une dynamique qui prône d'une part un processus professionnel de promotion de l'amélioration continue de la qualité fondée sur un référentiel de certification HAS et sur une évaluation externe par les pairs. D'autre part, une démarche d'appréciation du niveau de qualité atteint dans un contexte de renforcement de l'obligation de rendre compte au public de la qualité des services rendus.

La procédure de certification des établissements de santé concerne l'ensemble de leur fonctionnement et prend en compte les mesures prises pour assurer le respect des droits des patients et les résultats obtenus à cet égard.

Le déroulement de cette procédure s'appuie en interne sur une organisation institutionnelle, reposant sur des équipes pluridisciplinaires qui se coordonnent de façon transversale. Le fonctionnement de la cellule de coordination de la qualité et de la sécurité des soins est décrit dans le chapitre sur les commissions.

Les évaluations interne et externe du secteur médico-social portent sur les EHPAD.

ARTICLE 3 : GESTION DES PLAINTES ET DES RECLAMATIONS

3.1 – Gestion des réclamations et des plaintes

Le patient/résident, son représentant légal ou ses ayants droits peuvent faire part au directeur de leurs observations et s'il y a lieu de leurs réclamations ou plaintes. Ils sont mis en mesure d'exprimer leurs griefs de façon écrite et orale.

La procédure de gestion des plaintes et des réclamations est formalisée et accessible dans la gestion documentaire.

Le Directeur accuse réception des demandes et réclamations formulées par écrit.

Tenu de fournir les explications sollicitées et de répondre aux demandes formulées, il peut soit y procéder directement en informant l'utilisateur de la faculté de saisir le médiateur compétent (médical et ou non médical), soit saisir lui-même le médiateur avec information de l'utilisateur.

Toutes les réclamations réceptionnées sont examinées au sein de la Commission Des Usagers, qui dispose de son propre règlement intérieur, conformément aux dispositions législatives et réglementaires.

Si le patient/résident ou ses ayants droits estiment dommageable à leur égard la prise en charge par le Centre Hospitalier, ils peuvent formuler une demande d'indemnisation soit auprès du directeur, soit auprès de la Commission Régionale de Conciliation et Indemnisation (CRCI), soit directement auprès de la juridiction compétente.

Le Directeur, saisi d'une réclamation ou plainte, est tenu de faire connaître les voies de recours ouvertes.

La saisine de la CDU ne constitue pas un préalable obligatoire à une démarche auprès de la CRCI ou à une requête devant les tribunaux.

3.2 – Réparation des dommages corporels par la Commission Régionale de Conciliation et Indemnisation (CRCI) ou le Tribunal Administratif

Toute personne ou le cas échéant son représentant légal s'estimant victime d'un dommage résultant d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale, et le ou les ayants droits de la victime décédée, peuvent saisir la CRCI ou le tribunal administratif pour faute imputable à l'établissement de santé directement via le site Télérecours Citoyens.

Les CRCI ont été créées afin de favoriser la résolution des conflits entre usagers et professionnels par la conciliation, et de permettre la mise en place d'une procédure d'indemnisation non contentieuse et simplifiée aux victimes d'accidents médicaux (selon des seuils de gravité fixés par la loi).

La CRCI compétente pour les demandes d'indemnisation concernant le Centre Hospitalier de GRAULHET est :

CRCI MIDI-PYRENEES
50 rue Nicot
33000 BORDEAUX

TITRE II - DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE I – ADMISSIONS

L'article L.6112-2 du Code de la santé publique prévoit que les établissements de santé assurant le service public hospitalier et les professionnels de santé qui exercent en leur sein garantissent à toute personne qui recourt à leurs services :

- Un accueil adapté, notamment lorsque la personne est en situation de handicap ou de précarité sociale, et un délai de prise en charge en rapport avec son état de santé ;
- La permanence de l'accueil et de la prise en charge, notamment dans le cadre de la permanence des soins organisée par l'agence régionale de santé compétente ou, à défaut, la prise en charge par un autre établissement de santé ou par une autre structure en mesure de dispenser les soins nécessaires ;
- L'égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité ;
- L'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au code de la sécurité sociale.

ARTICLE 1 : ADMISSION

L'admission au Centre Hospitalier est prononcée par le Directeur ou son représentant sur avis d'un médecin de l'établissement. En pratique, toutes les admissions au Centre Hospitalier de Graulhet sont réalisées par un médecin hospitalier (par délégation).

Au Centre Hospitalier de Graulhet, les admissions se réalisent directement dans les services. L'admission directe d'un patient est sollicitée par le médecin traitant ou par un médecin consultant de l'établissement, sur présentation d'un courrier justificatif.

La décision d'admission relève de l'appréciation d'un médecin hospitalier du service concerné.

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

Les familles ou représentants légaux doivent être informés dans les meilleurs délais, sauf opposition expresse du patient, conformément aux dispositions relatives au respect de la vie privée et au secret médical.

ARTICLE 2 : PRINCIPE DU LIBRE CHOIX DU PATIENT

Conformément à l'article L.1110-8 du Code de la santé publique, tout patient bénéficie du droit fondamental de choisir librement son praticien et son établissement de santé.

Ce droit s'exerce dans la limite :

- De la spécialité médicale concernée,
- Des situations d'urgence,
- Des contraintes liées à l'organisation du service et aux tableaux de service,
- Ainsi que de la disponibilité des lits au sein de l'établissement.

Par ailleurs, conformément aux articles L.1111-4 et suivants du Code de la santé publique, aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du patient, sauf en cas d'urgence vitale ou d'impossibilité d'exprimer sa volonté.

Le patient est informé de manière loyale, claire et appropriée sur son état de santé, les traitements proposés, et leurs alternatives éventuelles, afin qu'il puisse exprimer un consentement éclairé à toute décision médicale le concernant.

ARTICLE 3 : PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'HOSPITALISATION

Le Centre Hospitalier de GRAULHET dispose du régime commun.

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 d'assurance maladie dont ils relèvent.

En règle générale, le forfait journalier (représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation) et le ticket modérateur (représente la part des dépenses qui reste à votre charge après remboursement de l'Assurance maladie) font l'objet d'un remboursement par les organismes mutualistes en fonction des contrats souscrits par les patients auprès de leur mutuelle. A défaut ces frais sont facturés aux patients.

Les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (ex-CMU-C) ou de l'Aide Médicale d'Etat (AME) doivent être munis de tous documents (carte vitale ou attestation d'ouverture des droits) 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.

Si le patient admis dans l'établissement ne relève d'aucun organisme de prise en charge (assurance maladie, CSS, AME, autre assurance), il convient de prévenir l'assistante sociale du Centre Hospitalier.

Conformément à l'article D.75 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, tout pensionné hospitalisé au titre de l'article L. 115 (droit des anciens combattants et invalides de guerre à une prise en charge gratuite de leurs soins pour les infirmités liées à leur service) est tenu de remettre son carnet de soins gratuits à la direction de l'établissement pendant la durée de son hospitalisation.

Ce carnet est conservé par l'administration hospitalière afin de faciliter la gestion des soins

ARTICLE 4 : ACCES AUX SOINS DES PERSONNES DEMUNIES

Le Centre Hospitalier accueille toutes les personnes, y compris celles en situation de précarité, dans le respect du droit fondamental à l'accès aux soins.

Les patients démunis peuvent être orientés vers l'assistante sociale du Centre Hospitalier, qui propose un accompagnement social, et facilite l'ouverture des droits à la santé.

En fonction des besoins, les patients peuvent aussi être adressés à un dispensaire de prévention sanitaire (à Albi ou à Castres), où sont assurées :

- Des vaccinations,
- Des actions de prévention contre la tuberculose (CLAT),
- Des dépistages gratuits et anonymes du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles (CEGGID).

Ces services sont confidentiels, gratuits et accessibles à tous.

ARTICLE 5 : LES PRISES EN CHARGE PARTICULIERES

5.1– Etrangers

Les étrangers sont admis au Centre Hospitalier de GRAULHET dans les mêmes conditions que les ressortissants français. Ils doivent, s'ils ne fournissent pas un justificatif de prise en charge par un organisme de protection sociale :

- S'engager à régler la totalité des frais d'hospitalisation avant l'intervention. Le paiement est effectué, soit auprès de la régie du Bureau des Entrées du Centre Hospitalier de GRAULHET (par carte bancaire) ou par virement bancaire auprès de la Trésorerie selon le montant du devis ;
- Si la situation sociale du patient le nécessite, il convient de prévenir l'assistante sociale du service.

Les étrangers ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne affiliés à l'organisme de santé de leur pays d'origine bénéficient des mêmes droits que les assurés sociaux français, sur présentation de la carte européenne en cours de validité.

5.2– Majeurs protégés

Détection

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, différentes mesures de protection de la personne peuvent être envisagées. 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 :

- L'habilitation familiale prononcée par le juge

- 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.

Soins

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. Le consentement du patient doit être recherché dans tous les cas.

Si le majeur est placé *sous sauvegarde de justice*, le seul consentement du majeur suffit pour toute admission ou intervention chirurgicale le concernant. Il est toutefois souhaitable d'informer le juge des tutelles du tribunal d'Instance du lieu de domicile du majeur sous sauvegarde.

Le majeur *sous curatelle* consent seul aux soins dont il a besoin et le consentement de son curateur n'a pas à être recherché. Il peut toutefois être utile que le curateur soit désigné en qualité de personne de confiance afin de pouvoir mieux accompagner la personne concernée dans la démarche de soins et garantir une meilleure continuité de la prise en charge.

Pour les majeurs placés *sous 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.

Les droits des majeurs sous tutelle en matière d'information sont exercés par le tuteur. Ceux-ci reçoivent les informations relatives aux soins.

Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée à leurs facultés de discernement. Le consentement des majeurs sous tutelle doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision.

5.3– 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 le Centre Hospitalier des armées le plus proche. Les frais d'hospitalisation sont pris en charge par l'Etat.

5.4– Patients porteurs de maladies à déclaration obligatoire

L'admission et le séjour des patients atteints de maladies à déclaration obligatoire donneront lieu à signalement comme précisé à l'article L. 3113-1 du Code de la santé publique.

5.5– Patients admis sans leur consentement

Les patients admis en soins psychiatriques sans consentement (admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ou sur décision du représentant de l'État) ne peuvent être accueillis qu'au sein des structures médicales spécialement habilitées à cet effet. Les restrictions qui peuvent être apportées à l'exercice de leurs libertés individuelles sont strictement limitées à celles nécessitées par leur état de santé et par la mise en œuvre de leur traitement.

ARTICLE 6 : DEPOT ET RETRAIT DES OBJETS ET VALEURS

6.1– Dépôt

Lors de son admission, la personne hospitalisée est invitée à effectuer auprès de l'administration « Régie du Bureau des Entrées » de l'établissement le dépôt des sommes d'argent et des objets de valeur qui sont en sa possession, un reçu lui sera délivré. En dehors des heures d'ouverture du Bureau des Entrées, le dépôt sera effectué auprès du personnel soignant après signature par le patient de l'inventaire des objets et valeurs.

Par ailleurs, en EHPAD, le résident peut conserver ses biens, objets personnels et disposer de son patrimoine et de ses revenus, dans la mesure où il n'est pas sous protection juridique. A l'admission, il est conseillé à la personne de confiance ou aux représentants légaux, pour les résidents n'ayant pas la capacité de gérer les valeurs et objets, de ne pas laisser ce type d'effet dans la chambre, rappelant que dans le cas contraire l'établissement ne sera pas responsable en cas de perte ou vol.

Pour les biens non déposés, le Centre Hospitalier de GRAULHET ne saurait être tenu responsable en cas de perte, de vol ou de dégradation.

Si le patient est inconscient à son arrivée, un inventaire contradictoire des sommes d'argent et des objets dont il est porteur, est dressé et signé par un agent du service et l'accompagnant. En l'absence d'accompagnant, un inventaire exhaustif des objets et vêtements est dressé et signé par deux agents. L'information au patient hospitalisé, 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 les articles R1113-1 et suivants du code de la santé publique doivent impérativement faire 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.

La responsabilité de l'établissement n'est pas non plus engagée lorsque la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose, ni lorsque le dommage a été rendu nécessaire pour l'exécution d'un acte médical ou d'un acte de soins.

Les lunettes, ainsi que les prothèses dentaires, auditives ou orthopédiques, ne doivent pas faire l'objet d'un dépôt au coffre, car elles sont indispensables au patient pendant son hospitalisation. Elles demeurent sous la responsabilité du Centre Hospitalier, sous réserve que le patient en assure une utilisation raisonnable.

6.2– Retrait

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

Le retrait peut être effectué par le patient lui-même, par son représentant légal ou par un tiers mandaté par le patient. Le tiers mandaté par le patient doit avoir une procuration : une simple lettre manuscrite suffit si les valeurs à retirer sont inférieures à un seuil qui est actuellement fixé à 5 910 € en numéraire, (selon l'instruction DGFIP du 3 octobre 2025 relative aux modalités de gestion par les comptables publics des valeurs inactives et des dépôts des personnes soignées ou hébergées en établissement public sanitaire). 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 fournissant un relevé d'identité bancaire AU Tr2sor Public en charge du CH de GRAULHET.

En cas de décès, le retrait doit être effectué par les héritiers auprès du comptable, sur présentation du certificat d'hérédité et d'une pièce d'identité.

Si le patient/résident 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.

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 7 : ARMES ET SUBSTANCES ILLICITES

Les armes sont interdites dans l'enceinte hospitalière. Elles seront saisies par le Directeur sur le fondement de ses pouvoirs de police et remises aux autorités de police contre récépissé.

Les substances illicites sont interdites et seront saisies par le Directeur. Elles seront détruites ou remises aux autorités de police sans référence à l'identité de la personne sur laquelle elles ont été trouvées.

Il n'y aura aucune restitution d'armes ou de substances illicites au patient/résident ou à son représentant légal ou à un tiers mandaté.

CHAPITRE II - CONDITIONS DE SEJOUR

ARTICLE 1 : ACCUEIL ET LIVRET D'ACCUEIL

1.1 – Accueil

L'accueil des personnes hospitalisées et des accompagnants doit être assuré, à tous les niveaux, par un personnel spécialement préparé à cette mission. Le Centre Hospitalier de GRAULHET a pour mission et devoir d'accueillir toutes les personnes dont l'état exige des soins hospitaliers sans discrimination. La personne hospitalisée est invitée à désigner une personne à prévenir et s'il le souhaite une personne de confiance.

1.2 – Livret d'accueil

Dès son arrivée dans un service d'hospitalisation, chaque personne hospitalisée reçoit un livret d'accueil contenant toutes les informations qui lui seront utiles pendant son séjour. La charte de la personne hospitalisée est incluse dans ce livret. La personne hospitalisée a la liberté de remplir un questionnaire de satisfaction qu'elle peut déposer à sa sortie (une boîte aux lettres est prévue à cet effet dans les services).

Conformément aux dispositions du Code de la santé publique, le patient peut désigner une personne à prévenir et une personne de confiance qui pourra, quant à elle, l'accompagner dans ses démarches et être son porte-parole dans le cas où il n'aurait plus la capacité de donner son avis.

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

ARTICLE 2 : ACCUEIL DES FAMILLES

Dans chaque service, les médecins accueillent les familles des personnes hospitalisées soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des patients et de leur famille.

ARTICLE 3 : LA PERSONNE DE CONFIANCE

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage.

Si le patient/le résident le souhaite, la personne de confiance peut l'accompagner dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment. Elle est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.

La personne de confiance doit être consultée lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et que le médecin envisage, dans le cadre de la procédure collégiale prévue par la loi, de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la prolongation artificielle de la vie.

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

ARTICLE 4 : INFORMATION ET CONFIDENTIALITE

A l'exception des mineurs soumis à l'autorité parentale, les personnes hospitalisées 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 des personnes hospitalisées ne peuvent être fournis, qu'avec l'accord du patient et après identification de l'interlocuteur. Aucun renseignement sur l'état des personnes hospitalisées ne peut être fourni par téléphone sauf demande expresse de celles-ci.

ARTICLE 5 : VISITES ET HORAIRES

Les heures de visite sont mentionnées sur le livret d'accueil de l'établissement, elles sont organisées par les unités de soins afin de ne pas gêner l'organisation des soins, et peuvent être limitées pour des raisons médicales, ou par volonté du patient.

Les horaires des visites sont propres à chaque service et doivent être affichés de façon visible à l'entrée du service à l'attention des usagers qui doivent s'y conformer.

Des aménagements d'horaires de visite sont possibles au cas par cas pour des situations particulières.

Les personnes hospitalisées ou les résidents des EHPAD peuvent demander au cadre de santé du service de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès à leur chambre.

ARTICLE 6 : PRESTATIONS ACCOMPAGNANT

Selon l'état de la personne hospitalisée et les possibilités du service, un accompagnant peut rester auprès de la personne hospitalisée et/ou au moment des repas, avec l'accord du médecin. Il peut bénéficier d'un lit d'appoint pour la nuit. Après en avoir averti l'équipe de soins, il peut aussi prendre ses repas en chambre avec la personne hospitalisée moyennant l'achat d'un ticket repas accompagnant auprès de l'accueil principal.

Pour des informations complémentaires, le personnel du service ou celui du bureau des entrées sont à la disposition des accompagnants.

ARTICLE 7 : COMPORTEMENT DES VISITEURS ET DES PERSONNES HOSPITALISEES OU RESIDENTS

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

Les patients doivent notamment veiller à ne pas gêner par leurs comportements ou leurs propos les autres personnes hospitalisées ou le fonctionnement du service.

Ils doivent être vêtus de façon décente au cours de leurs déplacements dans l'enceinte des sites du Centre Hospitalier.

Il est formellement interdit de fumer ainsi que d'utiliser des cigarettes électroniques, de consommer des boissons alcoolisées et des substances illicites dans l'établissement.

Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion de la personne hospitalisée.

Lorsqu'un patient, dûment averti, cause des désordres persistants, le Directeur prend, avec l'accord du chef de service toutes les mesures appropriées pouvant aller, éventuellement, jusqu'à l'exclusion de l'intéressé, en assurant la continuité de la prise en charge.

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des personnes hospitalisées ni gêner le fonctionnement des unités des soins. Ils peuvent être invités par le personnel de soins à se retirer des chambres des personnes hospitalisées pendant l'exécution des soins.

Les visiteurs doivent garder une attitude correcte, éviter tout bruit intempestif par leurs conversations ou faire fonctionner des appareils sonores. Il est interdit aux visiteurs d'introduire dans les chambres des personnes hospitalisées des médicaments sauf accord exprès du médecin en charge du patient.

Les visiteurs doivent s'abstenir de remettre aux patients des denrées en désaccord avec le régime alimentaire de ces derniers. Les produits apportés à l'hôpital peuvent être détruits à la vue du patient ou de sa famille. La responsabilité de l'administration ne peut être engagée à l'occasion de tels faits.

ARTICLE 8 : HYGIENE

Une stricte hygiène corporelle est de règle au Centre Hospitalier : chacun est tenu de l'observer.

Selon leurs possibilités, les personnes hospitalisées doivent apporter au Centre Hospitalier leur nécessaire de toilette, leur linge et leurs effets personnels. Sauf cas particulier et sous réserve du respect des règles d'hygiène, ils conservent leurs vêtements et leurs effets personnels, dont ils doivent assumer l'entretien et la responsabilité.

ARTICLE 9 : EXERCICES DES CULTES, LAICITE ET HOPITAL

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

Toutefois, l'expression des convictions religieuses ne doit porter atteinte ni au fonctionnement du service, ni à la qualité des soins, ni aux règles d'hygiène, ni à la tranquillité des autres personnes accueillies et à leurs proches.

Pour autant, le service public est laïc. Il en résulte que les signes d'appartenance religieuse, quelle qu'en soit la nature, ne sont pas tolérés au sein de l'établissement, qu'ils soient arborés, individuellement ou collectivement, par les patients, leurs familles, les personnels ou toute autre personne, dès lors que ces signes constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou qu'ils perturbent le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service.

ARTICLE 10 : INTERVENTIONS DU SERVICE SOCIAL

L'assistante sociale du Centre Hospitalier, a pour mission de faciliter sous tous ses aspects la vie des patients au Centre Hospitalier, ainsi que de rechercher et de proposer les actions nécessaires à leur accès aux soins et à leur réinsertion sociale, familiale, professionnelle ou scolaire.

A la disposition des patients, des familles et des proches, elle participe à la prévention, au dépistage et au traitement des répercussions familiales, économiques et psychologiques inhérentes à la maladie, au handicap et à l'âge.

Elle favorise l'accès ou le maintien aux droits sociaux et participe à la résolution des difficultés administratives ou juridiques. Elle aide à la mise en place de procédures de protection des personnes et des biens, lorsqu'elles s'avèrent nécessaires.

Elle prépare, en collaboration avec les autres intervenants, le retour et le maintien à domicile et organise si nécessaire l'admission dans une structure sanitaire et sociale adaptée à la situation particulière des patients.

ARTICLE 11 : DEPOTS ET GRATIFICATIONS DU PERSONNEL

Aucune somme d'argent, à titre de gratification, ne peut être acceptée par le personnel. Les patients/résidents/visiteurs ont la possibilité de faire un don à l'établissement en s'adressant à la Direction.

CHAPITRE III- INFORMATION DES PATIENTS

ARTICLE 1 : DROIT A L'INFORMATION

INFORMATION SUR LE PERSONNEL

Les personnes hospitalisées doivent être informées du nom des praticiens et des professionnels appelés à leur donner des soins ainsi que de leur métier.

INFORMATION SUR LES SOINS

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

Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La personne de confiance peut également recevoir cette information.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

L'établissement recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité de ses soins après sa sortie.

ARTICLE 2 : ACCES AU DOSSIER PATIENT

Le dossier du patient est constitué pour chaque patient hospitalisé, conformément aux dispositions de l'article R. 1112-2 du Code de la santé publique. Il comprend le cas échéant les informations recueillies lors des consultations externes ou de l'accueil aux urgences. Les dossiers médicaux sont conservés conformément à la réglementation relative aux archives hospitalières.

Dans tous les cas, le Directeur veille à ce que toutes les dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des dossiers. Il veille également à ce que toutes les mesures soient prises pour assurer la communication du dossier du patient.

2.1 – Conservation

La conservation des dossiers médicaux du Centre Hospitalier de GRAULHET est organisée selon la réglementation en vigueur :

TYPE DE DOSSIER	DUREE
Dossiers médicaux des patients vivants	20 ans après le dernier passage
Dossiers de patients mineurs	Si la conservation de vingt ans s'achève avant le 28 ^{ème} anniversaire du patient, elle est prorogée jusqu'à cette date
Dossiers médicaux des patients décédés	10 ans
Dossiers des patients ayant fait l'objet d'une transfusion sanguine	30 ans

Le dossier médical peut, en fonction de la réglementation en vigueur, être conservé chez un hébergeur agréé, dans le cadre d'une externalisation.

2.2 – Communication

La communication du dossier patient est effective au Centre Hospitalier de GRAULHET conformément à la législation en vigueur, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin désigné par le patient. L'établissement peut proposer un accompagnement pour l'accès au dossier.

L'accès au dossier patient fait l'objet d'une procédure accessible dans la gestion documentaire.

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

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

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

La communication a lieu au plus tard dans les huit jours suivant la demande. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans.

Lorsque la personne majeure fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance, la personne chargée de l'assistance peut accéder à ces informations avec le consentement exprès de la personne protégée.

Le droit d'accès au dossier du mineur, sous réserve de l'opposition prévue aux articles L.1111-5 et L.1111-5-1 du code de la santé publique, est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. À la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

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

- Connaître les causes de la mort ;
- Défendre la mémoire du défunt ;
- Ou faire valoir leurs droits.

Seules peuvent être transmises aux ayants droit les informations répondant à l'objectif poursuivi.

Ils doivent être par ailleurs, informés sur les circonstances et causes d'un dommage imputable à l'activité soignante si la personne décédée en a été victime.

2.3 – Information du médecin traitant

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

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

Lors de la sortie, une lettre de liaison, rédigée par le médecin qui l'a pris en charge dans l'établissement, est remise au patient par ce médecin, ou par un membre de l'équipe de soins qui l'a pris en charge, et qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises.

Dans le respect des dispositions des articles L.1110-4 et L.1111-2, la lettre de liaison est transmise le même jour, au médecin traitant et, le cas échéant, au médecin qui a adressé le patient. Elle est adressée par messagerie sécurisée, ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations, et versée dans le dossier médical partagé du patient si ce dossier a été créé.

2.4 – Dossier Médical Partagé (DMP)

Le Dossier Médical Partagé (DMP) est un dossier médical informatisé, accessible via Internet : « Mon espace santé », qui est le service public numérique de gestion des données de santé. Il permet de stocker les informations médicales d'un patient et les partager avec les professionnels de santé qui le prennent en charge, en respectant son consentement. A la demande du patient informé, le DMP peut être créé, lors d'une admission au Centre Hospitalier de GRAULHET.

Les services de soins utilisent aussi une messagerie sécurisée pour échanger en toute confidentialité avec les professionnels de santé du patient.

ARTICLE 3 : RELATIONS AVEC LES PROCHES ET AYANT-DROITS

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

Avec l'accord du patient et dans le but de le faire bénéficier d'un soutien, les indications d'ordre médical telles que le diagnostic et évolution de la maladie peuvent être données aux membres de la famille par les médecins dans les conditions et limites définies par le code de la santé publique et le code de déontologie médicale. De même, les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis par des personnels qualifiés aux membres de la famille, toujours avec l'accord du patient.

Si le patient, majeur, a désigné une personne de confiance et dans la mesure où il devient hors d'état de recevoir des informations, cette personne peut en recevoir communication.

ARTICLE 4 : CONFIDENTIALITE DES INFORMATIONS ET SECRET A L'HOPITAL

Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, dans le Centre Hospitalier, a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, le secret couvre l'ensemble des informations, concernant le patient, venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel des établissements de santé, services ou organismes et de toute autre personne en relation, en raison de ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Par exception à ce principe, le secret peut cependant être partagé dans les cas suivants :

❖ Entre professionnels de santé

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

Lorsque les professionnels appartiennent à la même équipe de soins, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à la l'ensemble de l'équipe.

Le partage, entre professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable.

❖ Avec les proches ou la famille

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

ARTICLE 5 : TRAITEMENTS AUTOMATISES DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

À l'occasion du séjour du patient au sein de l'établissement, des renseignements administratifs, sociaux et médicaux concernant les patients et constituant des données à caractère personnel, sont traités par les applications informatiques de l'établissement. Ces données sont notamment recueillies pour faciliter la gestion administrative des dossiers, la facturation des actes médicaux, la télétransmission des feuilles de soins, l'édition des résultats d'analyse et d'examens ou encore des travaux statistiques à usage de service. Les traitements gérant ces informations sont effectués dans le respect de la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée.

Les personnes concernées peuvent exercer un droit d'accès à ces informations, afin d'en vérifier l'exactitude et le cas échéant afin de les rectifier, de les compléter ou de les mettre à jour. Elles peuvent, après en avoir justifié, s'opposer aux traitements de leurs données en contactant le référent RGPD (Règlement Général de Protection des Données) du Centre Hospitalier de GRAULHET.

En cas de difficulté dans l'exercice de ces droits, les patients peuvent introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

CHAPITRE IV - SORTIE DES PERSONNES HOSPITALISEES

ARTICLE 1 : AUTORISATION DE SORTIE

Les personnes hospitalisées peuvent, compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier à titre exceptionnel de permissions de sortie d'une durée maximum de 48h. Ces autorisations de sortie sont accordées par le médecin chef de service ou tout agent en ayant délégation.

Lorsqu'une personne hospitalisée autorisée à quitter l'établissement en permission, ne rentre pas dans les délais prévus, l'administration la porte sortante, son lit est considéré comme disponible et elle ne peut être admise à nouveau que dans la limite des lits disponibles.

ARTICLE 2 : SORTIE CONTRE AVIS MEDICAL

A l'exception des mineurs, des détenus, des majeurs protégés et des personnes admises en soins psychiatriques sous contrainte pour troubles mentaux, les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement.

Si le médecin responsable estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour la santé du patient, ce dernier n'est autorisé à quitter l'hôpital qu'après avoir rempli un formulaire attestant qu'il a eu connaissance des dangers que cette sortie présente pour lui. La sortie est prononcée après signature par le patient du document constatant son refus d'accepter les soins proposés et l'informant des risques encourus que cette sortie présente pour lui.

Lorsque le patient refuse de signer ce formulaire, un procès-verbal de ce refus est établi et signé par deux témoins ; il atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants. Ce document est consigné dans le dossier de la personne hospitalisée.

La sortie contre avis médical ne dispense pas l'équipe médicale d'assurer la continuité des soins (ordonnance). Le médecin traitant est également informé des circonstances de la sortie.

ARTICLE 3 : SORTIE PAR MESURE DISCIPLINAIRE

A l'exclusion des cas où son état de santé ne le permettrait pas et lorsque le transfert dans un autre service n'est pas possible ou suffisant, la sortie d'une personne hospitalisée peut être prononcée par le Directeur, après avis médical, pour un manquement grave aux dispositions du règlement intérieur. Dans ces circonstances, la continuité des soins doit être assurée en organisant une alternative dont le patient est informé.

ARTICLE 4 : SORTIE APRES REFUS DE SOINS

Lorsque les personnes hospitalisées 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. La sortie est effective après signature par le patient d'un formulaire constatant son refus d'accepter les soins proposés. S'il refuse de signer ce document, la notification de son refus est consignée par l'infirmier(e) présent(e) dans le dossier de la personne hospitalisée.

S'il apparaît qu'une continuité des soins doit être assurée et qu'il s'avère être un danger pour lui ou pour autrui :

- Le médecin traitant doit être averti si le patient en a un ;
- Le directeur de garde (sur les horaires de la garde administrative) peut être prévenu ; celui-ci pourra alors décider d'appeler la gendarmerie pour d'éventuelles recherches.

ARTICLE 5 : SORTIE DES PERSONNES HOSPITALISEES A L'INSU DU SERVICE

Au cas où une personne hospitalisée quitte le Centre Hospitalier sans prévenir, l'administrateur de garde est informé. Des recherches sont entreprises pour le retrouver au sein de l'unité de soins, de l'établissement et de ses abords immédiats.

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.

ARTICLE 6 : QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Toute personne hospitalisée reçoit, lors de son admission, un questionnaire intégré au livret d'accueil destiné à recueillir ses appréciations et observations. Il peut, si la personne hospitalisée le désire, rester anonyme. Le questionnaire sera remis par la personne hospitalisée soit directement

au cadre de santé du service, soit dans la boîte aux lettres prévue à cet effet dans chaque service, soit dans celle située au niveau du hall d'accueil de l'hôpital. La personne hospitalisée pourra également le renvoyer par la poste, après sa sortie.

Les questionnaires de sortie sont analysés par la cellule qualité de l'établissement dans le but de contribuer à l'amélioration de l'accueil et des prises en charge des patients.

Toute remarque ou suggestion sur la prise en charge et les conditions d'hospitalisation peut être adressée à l'équipe médicale concernée ou auprès du service relation des usagers.

ARTICLE 7 : TRANSPORT EN AMBULANCE

Si, lors de sa sortie, son état nécessite un transport médicalement prescrit, en véhicule sanitaire ou non sanitaire, la personne hospitalisée a le libre choix de l'entreprise de transport.

Le Centre Hospitalier de GRAULHET tient à la disposition des hospitalisés la liste complète des entreprises de transport sanitaire terrestre du département.

Si la personne hospitalisée n'exprime pas de choix, le centre hospitalier fait appel aux entreprises agréées selon un tour de rôle défini chaque trimestre.

ARTICLE 8 : FORMALITES DE SORTIE

Lorsque l'état de santé de la personne hospitalisée 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.

Toute personne hospitalisée sortante doit recevoir la lettre de liaison, les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuité des soins et de ses traitements à la justification de ses droits.

La sortie donne lieu à la remise au patient d'un bulletin de sortie indiquant les dates de l'hospitalisation. Ce bulletin ne doit porter aucun diagnostic, ni aucune mention d'ordre médical relatifs à la maladie qui a motivé l'hospitalisation.

Le médecin traitant doit être informé de la sortie de la personne hospitalisée, il doit recevoir une lettre de liaison envoyée le jour de sa sortie lui permettant d'assurer le cas échéant, la continuité des soins.

CHAPITRE V- LE DECES

Toutes les questions entourant le décès font l'objet de différentes procédures détaillées en interne pour accompagner les équipes et les familles confrontées à cette situation.

ARTICLE 1 : ATTITUDE A SUIVRE A L'APPROCHE DU DECES

Lorsque l'état de la personne hospitalisée s'est aggravé et que le décès paraît imminent, la famille ou les proches de la personne accueillie doivent être prévenus sans délai de l'aggravation de son état par un agent du Centre Hospitalier dûment habilité et par tous les moyens appropriés. La personne hospitalisée peut être transportée à son domicile si elle-même ou sa famille en expriment le désir.

Lorsque le retour au domicile n'a pas été demandé, il est transporté, dans la mesure du possible et avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle de l'unité de soins. La famille ou les proches peuvent demeurer auprès de lui et l'assister dans ses derniers instants.

ARTICLE 2 : ANNONCE DU DECES

Après constat du décès par un médecin de l'établissement, la famille ou les proches du patient sont prévenus du décès, dès que possible, de jour comme de nuit sauf si des indications contraires ont été tracées dans le dossier et par tous les moyens.

Cas particuliers de notification de décès :

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

ARTICLE 3 : FORMALITES ENTOURANT LE DECES

3.1 – Soins mortuaires

Après le constat médical du décès, l'équipe soignante procède à la toilette et si possible à l'habillage du défunt avec toutes les précautions convenables.

Un bracelet d'identification comportant nom, prénom et date du décès est posé au défunt. La présentation du corps à l'entourage du défunt est organisée.

3.2 – Les formulaires à renseigner

Le médecin ayant effectué le constat :

- Etablit le certificat de décès ;
- Vérifie qu'il n'y a aucun risque de contagion ;
- Renseigne le constat de mort naturelle, d'absence de problème médico-légal et de contagion ;
- Vérifie l'absence d'appareillage (pace maker, défibrillateur).

L'infirmier, ou le cadre de santé :

- Fait compléter l’attestation sur l’honneur de reconnaissance de corps par la famille ou l’entourage ;
- Fait choisir à la famille ou l’entourage le transporteur et la destination du corps selon la liste des chambres funéraires autorisées et la liste des opérateurs funéraires habilités ;
- Précise, si la famille ou l’entourage souhaite des soins de conservation ou si l’état du corps le nécessite ou si retour du corps sans mise en bière au-delà de 48 heures après le décès, que la famille doit établir une demande manuscrite et que ces soins lui seront facturés.

Le Cadre de santé renseigne :

- La déclaration de décès entre 8h30 et 17h00 du lundi au vendredi ;
- Complète l’autorisation de sortie du corps sans mise en bière entre 8h30 et 17h00 en semaine ;
- En dehors de ces horaires, c’est le cadre de santé ou administratif d’astreinte par délégation du directeur, qui est sollicité pour remplir ces formulaires.

Cette organisation vaut pour tous les sites du CH GRAULHET.

3.3– Transport de corps :

Le transport est effectué selon les modalités définies dans la procédure de l’établissement, sachant qu’un corps est transportable hors de l’établissement entre 8h00 et 23h00, 7 jours sur 7.

L’infirmier organise le transport du corps :

- Soit directement vers un domicile ;
- Soit directement à la chambre funéraire agréée ;
- Soit dans les chambres mortuaires de l’établissement (rappel : le corps ne doit pas rester plus de 10h dans un service).

Tous les documents sont donnés à la société de transport, accompagnés du livret de famille ou d’une pièce d’identité pour réaliser la déclaration de décès. En semaine, elle les remet à l’état civil de la mairie, les dimanches et jours fériés elle les remet au complexe funéraire choisi par la famille.

En semaine, le livret de famille (ou la pièce d’identité) sera rendu à la famille dès les formalités administratives accomplies par les ambulanciers. Les dimanches et jours fériés, le livret de famille (ou la pièce d’identité) reste au funérarium, qui effectue dès le lendemain la déclaration à l’état civil.

Le transport doit être effectué et terminé dans un délai maximum de quarante-huit heures à compter du décès si le corps n’a pas subi des soins de conservation.

Les transports sont assurés par des véhicules agréés à cet effet.

Le certificat médical complémentaire doit obligatoirement être rempli par le praticien hospitalier. La famille a le libre choix de l’opérateur funéraire et en assume la charge financière.

Le médecin ne peut s’opposer au transport que pour les motifs suivants :

- Le décès soulève un problème médico-légal ;

- Le défunt était atteint, au moment de décès, de l'une des maladies contagieuses dont la liste est fixée par arrêté du ministre de la Santé ;
- L'état du corps ne permet pas un tel transport.

3.4– Chambre mortuaire :

L'établissement dispose de :

- 2 chambres mortuaires sur le secteur sanitaire
- 2 chambres de présentation de corps à l'EHPAD du Pré de Millet
- 1 chambre de présentation de corps à l'EHPAD St François

Les chambres sont accessibles aux proches de l'extérieur à tout moment par digicode. A St François, l'accès se fait par le service.

La chambre mortuaire constitue un équipement aménagé pour permettre aux familles des défunts de disposer de temps nécessaire à l'organisation des obsèques, dès lors que le maintien des corps des personnes décédées dans les locaux destinés aux soins et à l'hébergement ne peut excéder 10 heures.

Le Centre Hospitalier rend ses équipes disponibles pour assurer la présentation du défunt à sa famille et à ses proches. Ces derniers doivent en faire la demande auprès de l'équipe soignante du service où la personne est décédée.

La chambre mortuaire du Centre Hospitalier est habilitée pour la réalisation des rites religieux. Ils sont réalisés par les pompes funèbres dans la salle de conservation des corps.

Des soins de conservation peuvent être prodigués dans 3 cas de figure :

- A la demande de la famille ou de l'entourage
- Si l'état du corps le nécessite
- Si la sortie du corps sans mise en bière se fait au-delà de 48 heures après le décès.

La famille se met en contact avec les pompes funèbres. Dans tous les cas, la famille du défunt doit faire une demande manuscrite sur papier libre pour la réalisation des soins de conservation avec notification de l'engagement à régler les frais. Des soins de thanatopraxie peuvent avoir lieu dans la chambre mortuaire sur les horaires d'ouverture.

ARTICLE 4 : INFORMATIONS SUR LE DON D'ORGANES ET DON DE CORPS A LA MEDECINE

Le Centre Hospitalier de GRAULHET a obligation de délivrer une information sur le don d'organes.

Il n'est pas pratiqué de prélèvements d'organes au CH de GRAULHET.

Cas d'une personne décédée ayant fait, de son vivant, don de son corps à la science :

Le cadre de santé du service ou le cadre de santé d'astreinte, en lien éventuellement avec le directeur de garde, doit :

- Se procurer la carte de donateur qui est obligatoire pour tout don de corps à la science.

- . Si la carte de donneur est présente, la famille ne peut s'opposer au don de corps à la science et de tissus.
- . Si la carte de donateur (ou le numéro d'enregistrement) n'est pas communiquée, ce don est impossible.
- S'assurer que le corps est transportable.

Les trois conditions suivantes doivent être remplies afin de poursuivre les démarches du don. Dans le cas contraire, informer la famille au plus tôt afin que celle-ci prenne des mesures pour organiser les obsèques :

- Absence de problème médico-légal
- Absence de problème d'hygiène
- Absence de maladie contagieuse

S'assurer que le transport sera effectué dans un délai maximum de 48 heures après le décès (décret N°2022-719 du 27 avril 2022 – art R. 1261-3).

ARTICLE 5 : DECES AVEC INTERVENTION MEDICO-LEGALE

5.1 – Mort suspecte ou violente ayant lieu dans les locaux de l'établissement

Il convient dans ce cas de :

- Ne pas toucher le corps,
- Contacter le Directeur ou l'administrateur de garde qui préviendra le procureur par le biais du commissariat,
- Prévenir un médecin,
- Laisser un agent pour surveiller le corps et le lieu de découverte et éloigner les curieux,
- Relever l'identité des témoins éventuels,
- Le médecin et/ ou le cadre de santé rédige(nt) un rapport circonstancié de l'incident,
- L'information de la famille interviendra après la venue de l'Officier de Police Judiciaire et après son accord.

Selon décision de l'autorité judiciaire :

- Autopsie : suivre les instructions et interdire toutes les visites
- Pas d'autopsie : visites autorisées
- Le Directeur établit un rapport final à l'autorité de tutelle.

5.2– Accueil d'un corps sur réquisition du parquet

Il s'agit d'un cas inconnu au Centre Hospitalier mais s'il devait se présenter, les dispositions suivantes devraient être prises :

- Informer le Directeur ou le Directeur de garde
- Suivre les modalités spécifiques de réquisition
- Si la réquisition ou l'OPJ l'autorise, ôter les dispositifs de soins (cathéter urinaire ou sanguin...) et ne plus toucher le corps

- Faire signer le certificat de décès par un médecin
- Placer un bracelet d'identification au défunt comportant les nom(s), prénom(s) et date du décès si ces informations sont connues
- Transporter OBLIGATOIREMENT le corps en l'état à la chambre mortuaire en l'attente du transfert
- Ne pas informer la famille ou l'entourage (rôle de l'OPJ) et ne pas communiquer sur la présence du corps au CH et adresser vers l'OPJ en charge du dossier
- Interdire les visites pour l'entourage et la famille
- Ne pas autoriser la réalisation de soins funéraires

ARTICLE 6 : DECES AVEC ABSENCE D'ENTOURAGE

Formalités et organisation des funérailles :

Le corps est déposé à la chambre mortuaire du Centre Hospitalier. Les documents (certificat de décès, certificat médical complémentaire et déclaration de décès) sont transmis au bureau des entrées.

Il n'y a pas de délai réglementaire pour effectuer la déclaration de décès à l'État Civil mais il ne sert à rien de conserver les documents trop longtemps. On peut raisonnablement considérer que les démarches d'État Civil doivent être effectuées dans les 3 jours.

Si la situation ne s'est pas résolue dans ce délai, le bureau des entrées doit :

- Transmettre à l'État Civil les documents et lui demander le permis d'inhumation ;
- Demander au cadre de santé du service et à l'assistante sociale quelles recherches ont été faites : personnes à prévenir, personne de confiance, visiteurs, aide-ménagère, police ou gendarmerie du domicile, service social, mairie du domicile, médecin traitant.

Dans le cas où un parent est retrouvé :

- L'appeler pour l'informer du décès ;
- Lui demander s'il peut s'occuper des démarches. Si la personne refuse, lui indiquer que le patient sera inhumé au titre d'indigent au cimetière de GRAULHET et lui demander de signer une décharge mentionnant son refus + pièce d'identité

Dans le cas de recherches infructueuses :

Si un domicile est connu, informer la mairie du domicile ou le bureau d'aide sociale de la mairie : existence d'un caveau, de directives...

S'il n'y a pas de domicile connu, la mairie de GRAULHET organise les funérailles.

Il faut communiquer à la mairie concernée toutes les informations en possession.

ARTICLE 7 : DEPOT DE VALEURS APRES UN DECES

Après le décès et inventaire dans le service de soins, si cela n'a pas été fait dès l'entrée du patient à sa propre demande et sous son entière responsabilité, les valeurs font l'objet d'un dépôt en présence de deux agents. Elles sont transférées comme toutes autres valeurs au Trésor Public qui restituera les objets à un ayant-droit.

CHAPITRE VI – GESTION DES SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

Le Centre Hospitalier de GRAULHET est doté d'un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'évènement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment de situations sanitaires exceptionnelles. Ce plan lui permet de mobiliser les moyens de réponse adaptés à la nature et à l'ampleur de l'évènement est d'assurer aux patients une prise en charge optimale.

ARTICLE 1 : PLAN BLANC

Le Plan Blanc répond à des dispositions législatives et réglementaires qui déterminent sa mise en place et son organisation dans le système de santé lors d'une crise sanitaire.

Il contient des mesures d'organisations destinées à faire face à une situation sanitaire exceptionnelle ou l'activité accrue d'un hôpital. Il permet d'organiser l'accueil et la prise en charge d'un afflux massif de victimes d'un accident, d'une catastrophe, d'une épidémie ou d'un événement climatique meurtrier et durable.

1.1 – Le déclenchement

Le Plan Blanc est déclenché soit par le Directeur de l'établissement qui en informe sans délai le représentant de l'Etat dans le département, soit à la demande de ce dernier.

Dans tous les cas, le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, le service d'aide médicale urgente départemental (SAMU départemental) et les représentants des collectivités territoriales concernées sont informés, sans délai, conjointement par le directeur de l'établissement et le représentant de l'État dans le département.

1.2 – L'élaboration et la révision

Le Centre Hospitalier de GRAULHET dispose en tant qu'établissement public de santé d'un plan blanc formalisé et accessible dans la gestion documentaire. Ce plan est régulièrement actualisé. Il regroupe les consignes d'organisation intra hospitalière de l'établissement et les modalités de mise en place d'une cellule de crise.

Les modalités du plan blanc sont présentées aux instances consultatives et délibératives de l'établissement (Directoire, Conseil de Surveillance, CME, CSE).

1.3 – Les principales dispositions

Le Plan blanc est un dispositif de crise gradué qui permet à l'établissement de mobiliser les moyens de toute nature dont il dispose (matériels et humains) et de définir les conditions de leur emploi.

Dans ce cadre, les personnels ont l'obligation de communiquer leur adresse postale et leur numéro de téléphone, et d'actualiser ces données auprès de l'administration de l'établissement, chaque agent pouvant être rappelé à tout moment.

Il prévoit notamment les modalités selon lesquelles le personnel soignant nécessaire peut-être maintenu sur place et, le cas échéant, rappelé lorsque la situation le justifie.

ARTICLE 2 : PLAN CANICULE

Déclinaison du Plan National Canicule, le Plan canicule/Plan Bleu du CH de GRAULHET précise l'organisation mise en place et les moyens mis en œuvre afin de faire face à un épisode caniculaire, et en fonction du niveau de vigilance météorologique. La période de veille s'étend du 1^{er} juin au 15 septembre et constitue le premier niveau.

Le plan canicule/plan bleu de l'établissement est formalisé et accessible dans la gestion documentaire. Il fait l'objet d'une évaluation et d'une révision régulières.

ARTICLE 3 : EVALUATION APRES SORTIE DE CRISE OU DECLENCHEMENT D'UN PLAN

Dans le cadre d'une amélioration continue des dispositifs et des organisations prévus, après chaque déclenchement d'un plan ou situation de crise, un Retour d'Expérience (RETEX) est organisé afin de parfaire le dispositif et de définir des actions correctives, le cas échéant.

CHAPITRE VII – ACCES DES PERSONNES ETRANGERES A L'HOPITAL

ARTICLE 1 : STAGIAIRES EXTERIEURS A L'ETABLISSEMENT

Les stages d'étudiants et professionnels au sein du site hospitalier doivent faire l'objet d'une convention entre le Centre Hospitalier de GRAULHET et l'établissement ou l'organisme dont dépend le stagiaire.

Un stagiaire doit être âgé d'au moins dix-huit ans pour réaliser un stage dans un service de soins autre que celui réalisé dans le cadre de la formation à une profession paramédicale (cas des collégiens et lycéens notamment)

Les stagiaires sont tenus de respecter les dispositions du présent règlement intérieur sous la conduite de la personne responsable de leur stage.

ARTICLE 2 : BENEVOLES ET ASSOCIATIONS

L'administration du Centre Hospitalier de GRAULHET facilite l'intervention de bénévoles et d'associations qui proposent, de façon bénévole et dans le respect de la réglementation, un soutien ou des activités au bénéfice des patients et des résidents, à leur demande ou avec leur accord, au sein des services de l'établissement.

Préalablement à leur intervention, ces bénévoles et associations doivent obtenir l'autorisation du directeur et conclure avec le Centre Hospitalier de GRAULHET une convention définissant les droits et obligations réciproques ainsi que s'engager à respecter la charte avec les associations intervenant auprès des usagers. La convention est élaborée suivant une convention-type.

Les associations doivent fournir au directeur de l'établissement une liste nominative des personnes qui interviendront au sein de l'établissement.

L'accès auprès des patients est subordonné à cette procédure. Le responsable de service peut toutefois s'opposer aux visites ou aux activités de bénévoles ou d'associations pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation du service.

En tout état de cause, les personnes bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin à caractère médical ou paramédical.

Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles s'engagent au respect des opinions philosophiques et religieuses de la personne accompagnée, au respect de sa dignité et de son intimité, à la discrétion, à la confidentialité et l'absence d'interférence dans les soins.

Les bénévoles ne doivent induire par leurs tenues ou le port d'un badge aucune confusion laissant penser qu'ils font partie de l'équipe de soins.

Ils n'ont pas à connaître les motifs de l'hospitalisation des patients sauf si le patient lui-même les en informe.

L'accès à la salle de soins ainsi qu'à la salle de pause des personnels leur est interdit.

Les bénévoles et associations s'engagent également à demander un accord express à la direction de la communication de l'établissement avant toute captation de son, d'images et de vues.

Les associations souhaitant se domicilier au Centre Hospitalier de GRAULHET doivent en faire la demande écrite préalable, en joignant leurs statuts, auprès de la direction qui délivrera, le cas échéant, un accord explicite écrit.

ARTICLE 3 : ACCES AUX PROFESSIONNELS DE LA PRESSE

L'accès des professionnels de la presse (journalistes et photographes) et les modalités d'exercice de leur profession au sein du site hospitalier doivent préalablement faire l'objet d'une demande exprimée auprès de la direction. Si cette demande est acceptée, elle fait l'objet d'une autorisation écrite transmise au demandeur.

Les jours fériés et week-ends, ces professionnels doivent formuler leur demande auprès du Directeur d'astreinte.

L'accès des professionnels de la presse auprès du patient est subordonnée au consentement libre et éclairé de ce dernier, et pour les mineurs et majeurs protégés, à l'accord du représentant légal.

Les images (télévisées et photographiques) concernant des patients ne peuvent être réalisées sans une autorisation écrite et signée par ces patients.

Les images des patients sont réalisées sous l'entière responsabilité des professionnels. Le centre hospitalier ne saurait en aucune manière être appelé en garantie en cas de litige consécutif à leur utilisation.

ARTICLE 4 : INTERDICTION D'ACCES AUX DEMARCHEURS, REPRESENTANTS ET ENQUETEURS

L'accès au sein du site hospitalier de démarcheurs, représentants et enquêteurs est interdit, sauf accord du patient et autorisation spécifique de l'administration hospitalière.

Ces derniers s'exposent à une expulsion immédiate s'ils pénètrent, sans autorisation écrite du Directeur, dans les chambres et locaux hospitaliers.

Aucune enquête notamment téléphonique ne peut être menée auprès des patients sans l'accord du Directeur. Les patients ne peuvent en aucun cas être tenus d'y répondre.

ARTICLE 5 : INTERVENTION DES NOTAIRES

Lorsqu'un patient hospitalisé sollicite son intervention, un notaire (dont la fonction lui confère la qualité d'officier public) peut se rendre auprès de celui-ci, quel que soit son état de santé, sans avoir à demander l'autorisation de l'administration hospitalière.

Il lui appartient d'apprécier sous sa responsabilité la capacité de son client à accomplir des actes juridiques, et tout abus pouvant être constitutif d'une faute professionnelle relèverait de la seule compétence de l'autorité judiciaire.

CHAPITRE VIII- REGLES DIVERSES

ARTICLE 1 : NEUTRALITE ET LAÏCITE DU SERVICE PUBLIC

Toute personne est tenue au sein de l'établissement au respect du principe de neutralité du service public dans ses actes comme dans ses paroles.

Conformément à ce principe :

- Les visites des élus dans l'enceinte de l'établissement ne peuvent donner lieu à aucune manifestation présentant un caractère politique ;
- Les membres du Conseil de surveillance de l'établissement ne peuvent effectuer des visites au sein du centre hospitalier que lorsqu'ils sont mandatés à cet effet par le Conseil de surveillance ;

- Les réunions publiques, de quelque nature qu'elles soient, sont interdites au sein de l'établissement sauf autorisation expresse du directeur général ;
- La distribution de tracts à caractère politique dans l'enceinte de l'établissement est interdite.

Le service public est laïc. Il en résulte notamment que les signes d'appartenance religieuse, quelle qu'en soit la nature, ne sont pas tolérés au sein de l'établissement, qu'ils soient arborés, individuellement ou collectivement, par les patients, leurs familles, les personnels ou toute autre personne, dès lors que ces signes constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou qu'ils perturbent le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public.

ARTICLE 2 : PRESTATAIRES DE SERVICE AU SEIN DU CENTRE HOSPITALIER

Des prestations de service assurées par des entreprises extérieures conventionnées avec le CH de GRAULHET sont proposées aux patients dans les conditions fixées par la direction de l'établissement.

ARTICLE 3 : EFFETS PERSONNELS

Les patients doivent prévoir pour leur séjour hospitalier du linge personnel et un nécessaire de toilette.

Sauf cas particuliers, son entretien n'incombe pas au Centre Hospitalier et sa conservation obéit aux règles générales de la responsabilité hospitalière.

En cas de nécessité, des vêtements appropriés sont mis à la disposition des patients pour la durée de leur hospitalisation.

ARTICLE 4 : ANIMAUX DOMESTIQUES

La présence d'animaux domestiques sauf chiens-guides d'aveugles n'est pas autorisée au sein du Centre Hospitalier.

Dans le cadre de projets thérapeutiques ou d'animation, la présence d'animaux domestiques peut être autorisée par le Directeur et après accord du médecin du service.

En EHPAD, les animaux sont admis. Le résident peut s'installer avec son animal de compagnie dans la mesure où il est en mesure d'en prendre soin, que l'animal n'induit pas de nuisance pour les autres résidents et qu'il est à jour dans ses vaccinations.

En cas de décès du résident, la famille s'engage à reprendre l'animal.

ARTICLE 5 : COURRIER

Un patient peut faire suivre son courrier au Centre Hospitalier.

Pour cela, l'adresse doit être libellée comme suit :

NOM /Prénom
SERVICE
CENTRE HOSPITALIER
21 rue du Docteur Bastié
81300 GRAULHET

Ou à l'adresse de l'EHPAD dans lequel réside la personne

Le courrier est distribué en fin de matinée. Le courrier affranchi peut être acheminé à La Poste.

ARTICLE 6 : TELEPHONE

Le branchement de la ligne téléphonique de la chambre peut être demandé :

- Au bureau des entrées à ses horaires d'ouverture

Un forfait pour pouvoir appeler sera à acquitter lors de la demande de raccordement d'au minimum 5 euros, et d'une avance sur consommation d'un montant à définir, par tranche de 5 euros (les unités non consommées ne sont pas remboursées). Au standard, le paiement peut se faire par tout moyen.

Si le patient souhaite uniquement recevoir les appels, l'ouverture de ligne se fait gratuitement.

ARTICLE 7 : TELEVISION

Il n'est pas autorisé au sein des services de Médecine et de SMR de porter une télévision personnelle excepté dans les EHPAD.

La facture de location des téléviseurs est envoyée au patient lors de la facturation de son séjour.

L'accès est géré au Bureau des entrées.

Afin de préserver le repos de vos voisins, il convient d'user avec discrétion des appareils de radio et de télévision.

TITRE III – REGLES ET PRINCIPES RELATIFS AU PERSONNEL

Le statut du personnel non médical est régi par le code général de la fonction publique.

Le statut du personnel médical est régi par le code de la santé publique et les textes réglementaires en vigueur (dont le code de déontologie médicale).

L'ensemble des règles qui suivent à vocation à être appliqué tant par le personnel non médical que par le personnel médical.

CHAPITRE I – REGLES FONDEES SUR LE RESPECT DES PATIENTS

Les personnels de l'établissement agissent dans le souci du patient. Ils sont attentifs à ses besoins et à ses demandes, respectent ses choix et ses refus. Ils mettent en œuvre des actions qui rendent concrètes et effectives la mise en œuvre des droits du patient et l'amélioration de sa vie quotidienne. L'établissement veille en toutes circonstances à la prévention, au diagnostic et au dépistage de la maltraitance, y compris de ses formes non intentionnelles ou passives.

ARTICLE 1 : DEVOIR D'INFORMATION DU PUBLIC

Les personnels hospitaliers ont le devoir de satisfaire aux demandes d'information des usagers dans le cadre de leurs compétences professionnelles propres et des dispositions relatives aux droits des patients.

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

Les personnes hospitalisées sont associées aux choix thérapeutiques qui les concernent. Toute personne hospitalisée peut désigner une personne de confiance majeure, qui peut être un parent, un proche, ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit.

Les personnes hospitalisées sont informées préalablement de la nature, des risques et des conséquences que les actes médicaux et chirurgicaux peuvent entraîner.

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

Droit à 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 du chef de service.

L'accès par les utilisateurs aux informations et documents conservés sur les systèmes informatiques doit être limité à ceux qui leur sont propres, et ceux qui sont publics ou partagés. Il est interdit de prendre connaissance d'informations détenues par d'autres utilisateurs, quand bien même ceux-ci ne les auraient pas explicitement protégées. Cette règle s'applique également aux conversations privées de type courrier électronique dont l'utilisateur n'est destinataire ni directement, ni en copie. L'utilisateur doit être vigilant par rapport aux personnes utilisant son poste de travail. En particulier, un fournisseur doit impérativement être accompagné d'un membre de l'équipe informatique ou annoncé et autorisé par lui, pour assurer une intervention. L'utilisateur ne doit pas quitter son poste de travail ni ceux en libre-service sans se déconnecter en laissant des ressources ou services accessibles.

Les agents, ainsi que tous les utilisateurs du système d'information sont tenus de respecter les dispositions de la Charte d'accès et d'usage du système d'information, annexe de ce règlement, disponible dans la Gestion Electronique des Documents de l'établissement.

ARTICLE 2 : SECRET PROFESSIONNEL

L'agent public est tenu au secret professionnel dans le respect des articles 226-13 et 226-14 du code pénal. L'ensemble des agents salariés de l'hôpital ou agissant en tant que collaborateur occasionnel du service public (stagiaire, bénévole, prestataire...) est soumis au secret professionnel. Le secret professionnel défend les intérêts du patient, aucune information ne doit être divulguée sans son accord, et cela vaut même pour les choses connues de notoriété publique.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance des personnels dans l'exercice de leur activité, c'est-à-dire non seulement ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.

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

La violation de secret professionnel constitue un délit sanctionné pénalement et sur le plan disciplinaire

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 3 : OBLIGATION DE DISCRETION PROFESSIONNELLE

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, le personnel de l'établissement est lié par l'obligation de discrétion professionnelle sur tous les faits, informations ou documents dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses 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 le document ou le fait dont il peut être question.

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

Ces dispositions s'appliquent notamment à l'égard des journalistes, agents d'assurance et démarcheurs.

ARTICLE 4 : DEVOIR GENERAL DE RESERVE – RESPECT DE LA LIBERTE DE CONSCIENCE ET D'OPINION

Tout agent doit observer, dans l'expression de ses sentiments et de ses pensées, une réserve compatible avec l'exercice de ses fonctions.

Le personnel 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.

Cette notion est distincte du secret professionnel et de la discrétion professionnelle, car il s'agit de faits ou de paroles étrangers à l'exercice direct de la fonction.

Le devoir de réserve s'applique pendant et hors du temps de service. Il continue de s'appliquer aux personnels suspendus de leurs fonctions ou en disponibilité.

La liberté de conscience doit être rigoureusement respectée.

Aucune propagande ni pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les personnes hospitalisées ni sur leurs familles.

ARTICLE 5 : DEVOIR DE NEUTRALITE ET PRINCIPE DE LAÏCITE

Dans l'exercice de ses fonctions, tout agent est tenu à l'obligation de neutralité. A ce titre, il ne doit pas manifester ses convictions, qu'elles soient religieuses, philosophiques ou politiques.

Il exerce ses fonctions dans le respect du principe de laïcité. A ce titre, il s'abstient notamment de manifester ses opinions religieuses par son comportement, ses propos ou sa tenue vestimentaire.

Les professionnels doivent s'abstenir de toute forme de prosélytisme, c'est-à-dire avoir une attitude ayant pour but de diffuser ses convictions religieuses auprès des usagers de l'établissement.

Tout agent traite de façon égale toutes les personnes et respecte leur liberté de conscience et leur dignité.

ARTICLE 6 : RESPECT DU CONFORT DU PATIENT

Les personnels s'efforcent, sans distinction de grade ou de fonction, d'assurer au mieux le confort physique et moral des personnes hospitalisées dont ils ont la charge. Ils prêtent une attention toute particulière à délivrer une information aux usagers dans les situations d'attente. D'une manière générale, ils prennent toutes les dispositions, dans l'exercice de leurs fonctions, pour contribuer personnellement au climat de sécurité et de calme indispensable au sein de locaux hospitaliers.

Ils sont attentifs aux besoins et aux demandes des personnes accueillies, mettent en œuvre des actions qui rendent concrètes et effectives l'application de leurs droits et l'amélioration de leur vie quotidienne.

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

L'ensemble des personnels de l'établissement doit une égale considération aux personnes hospitalisées, ou résidents ainsi qu'à leurs proches.

Le respect de l'intimité de la personne hospitalisée doit être préservé par tous les professionnels d'une manière générale, à tout moment de son séjour hospitalier.

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, opération, radiographie, transport ...

Les personnes hospitalisées ne peuvent être amenées à participer à des présentations de cas destinées à des étudiants ou stagiaires, ou à recevoir des soins en présence d'un proche, sans avoir donné au préalable leur consentement. Il ne peut être passé outre à leur refus.

Les personnels et les visiteurs extérieurs frappent avant d'entrer dans la chambre du patient et n'y pénètrent, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par l'intéressé.

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

L'agitation, les éclats de voix, l'utilisation de chaussures bruyantes, la fermeture intempestive des portes doivent être évités, pour préserver la tranquillité due aux patients.

ARTICLE 7 : EXIGENCE D'UNE TENUE CORRECTE

Une tenue correcte, tant dans l'habillement que dans le langage, est exigée de l'ensemble des personnes travaillant à l'hôpital. La familiarité à l'égard des patients et de leurs proches est formellement interdite.

L'hôpital fournit et assure le blanchissage des vêtements de travail pour le personnel qui est concerné par une tenue vestimentaire réglementaire. Le port de ces tenues vestimentaires est obligatoire pendant toute la durée du service et est interdite pour des raisons à l'extérieur des services de l'établissement, à l'exception des services intervenant à l'extérieur de l'établissement. Il est strictement interdit d'amener des tenues personnelles.

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 8 : IDENTIFICATION VIS-A-VIS DES INTERLOCUTEURS

Afin de se faire connaître aux patients et à leurs familles, les personnels de l'hôpital en contact avec les personnes hospitalisées ou le public portent des tenues fournies par l'établissement qui sont adaptées à leurs emplois et secteurs d'activité et qui mettent en évidence, pendant l'exécution de leur service, leurs nom – initiale du prénom et fonction.

Il peut être autorisé dans certains services de se limiter au prénom+ initiale du nom + fonction afin de se prémunir des risques d'atteinte à la vie privée ou agressions.

Ces dispositions s'appliquent également aux bénévoles des associations visées dans le présent règlement.

ARTICLE 9 : ACCUEIL ET RESPECT DU LIBRE CHOIX DES FAMILLES

Dans chaque unité de soins, les médecins reçoivent les familles des personnes hospitalisées dans des conditions préservant la confidentialité, de préférence sur rendez-vous.

En l'absence de demande de la personne hospitalisée, les indications d'ordre médical –telles que diagnostic et évolution de la maladie– ne peuvent pas être données par les médecins à des tiers, y compris à la famille.

Les médecins doivent informer la personne de confiance désignée par la personne hospitalisée dans les conditions définies par le code de la santé publique.

De même, les renseignements courants sur l'état de la personne hospitalisée autres qu'assimilables à une information médicale peuvent être fournis par des personnels paramédicaux dans leur champ de compétence à cette personne de confiance et à des tiers (y compris famille) désignés par le patient.

En l'absence d'opposition de la personne hospitalisée les indications d'ordre médical, tels le diagnostic et l'évolution de la maladie, ne peuvent être données par les médecins à des tiers ni aux membres de la famille.

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

Le libre choix des patients et des familles doit être rigoureusement respecté, notamment lorsqu'ils désirent faire appel à des entreprises privées de transport sanitaire, à des opérateurs funéraires ou à des prestataires d'aides et services à la personne.

Le patient demeure libre de confier sa prise en charge à un médecin de son choix, extérieur au Centre Hospitalier en mettant fin à sa prise en charge au Centre Hospitalier.

CHAPITRE II – AUTRES REGLES DE COMPORTEMENT PROFESSIONNEL

Le comportement et les propos de chacun au sein de l'établissement doivent être adaptés aux principes élémentaires de civilité qui régissent les relations sociales.

ARTICLE 1 : OBLIGATION DE DESINTERESSEMENT – OBLIGATION DE DECLARATION D'INTERET

Les personnels de l'hôpital ont une obligation de désintéressement : ils doivent exercer leurs fonctions de manière désintéressée, et ne peuvent donc être rémunérés par les usagers du service public, ni recevoir de cadeaux.

Les agents ne peuvent accepter des patients ou de leurs familles aucune rémunération ni pourboire lié à l'exécution de leur service.

De même, Il leur est interdit de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces, provenant d'entreprises qui assurent des prestations, produisent ou commercialisent des produits pris en charge par les régimes de Sécurité Sociale.

Par ailleurs, le professionnel veille à prévenir ou faire cesser immédiatement les situations de conflits d'intérêts dans lesquelles il se trouve ou pourrait se trouver : constitue un conflit d'intérêts toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés qui est de nature à influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif des fonctions du professionnel de l'établissement.

A cette fin, le fonctionnaire qui estime se trouver dans une situation de conflit d'intérêts :

- Lorsqu'il est placé dans une position hiérarchique, saisit son supérieur hiérarchique ; ce dernier, à la suite de la saisine ou de sa propre initiative, confie, le cas échéant, le traitement du dossier ou l'élaboration de la décision à une autre personne
- Lorsqu'il a reçu une délégation de signature, s'abstient d'en user
- Lorsqu'il appartient à une instance collégiale, s'abstient d'y siéger ou, le cas échéant, de délibérer
- Lorsqu'il exerce des compétences qui lui ont été dévolues en propre, est suppléé par tout délégataire, auquel il s'abstient d'adresser des instructions.

ARTICLE 2 : INTERDICTION D'EXERCER UNE ACTIVITE PRIVEE LUCRATIVE

Les personnels de l'établissement sont tenus de consacrer l'intégralité de leur activité professionnelle aux tâches qui leur sont confiées.

Il leur est interdit d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit sauf dans les cas dérogatoires prévus par des dispositions législatives et réglementaires autorisant des cumuls d'emploi ou d'activité et après accord de l'établissement.

ARTICLE 3 : EXECUTION DES INSTRUCTIONS RECUES

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.

L'agent alerte immédiatement son supérieur hiérarchique de toute situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé ainsi que de toute défectuosité qu'il constate dans les systèmes de protection. Il peut se retirer d'une telle situation jusqu'au rétablissement normal de la situation.

Le représentant du personnel au Comité Social d'Etablissement, qui constate qu'il existe une cause de danger grave et imminent, notamment par l'intermédiaire d'un professionnel, en alerte immédiatement la Direction selon la procédure prévue.

Aucune sanction, aucune retenue de salaire ne peut être prise à l'encontre d'un travailleur ou d'un groupe de travailleurs qui se sont retirés d'une situation de travail dont ils avaient un motif raisonnable de penser qu'elle présentait un danger grave et imminent pour la vie ou pour la santé de chacun d'eux.

ARTICLE 4 : RESPECT DES REGLES D'HYGIENE ET DE SECURITE

Les personnels du Centre Hospitalier observent strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service.

Il est interdit de fumer en dehors des zones en extérieur, à l'air libre et uniquement aux endroits ne mentionnant pas d'interdiction de fumer.

En fonction des services et des risques liés aux différents métiers, des tenues spécifiques sont fournies par l'établissement.

Une procédure définit les règles d'habillement pour les secteurs techniques, les secteurs de soins.

Les cadres sont chargés d'informer leur équipe de ces règles. En période caniculaire, de façon transitoire, quelques ajustements peuvent être autorisés en accord avec la direction et lorsque le poste de travail le permet.

Pour les soignants, une tenue blanche, tunique à manches courtes et pantalon, doit être changée quotidiennement et entretenue par la blanchisserie de l'hôpital. Des chaussures réservées au service et lessivables sont requises.

Des tenues de couleur sont réservées aux secteurs à environnement maîtrisé. Il est toléré de circuler dans l'hôpital avec ces tenues si elles sont protégées par une blouse.

Les médecins demandent, à leur arrivée la tenue la plus adaptée à leur exercice, blouse et/ou tunique pantalon. Dans les secteurs à environnement maîtrisé, les règles d'habillement sont les mêmes quel que soit le métier. Pour les soins, les cheveux longs doivent être attachés.

Dans les services de soins et médico-techniques, des précautions « standard » doivent être appliquées pour tous les patients.

Le prérequis est une hygiène corporelle quotidienne et l'absence de bijou aux mains et poignets afin de pouvoir réaliser l'hygiène des mains correctement.

Lorsque des précautions complémentaires, du fait des pathologies infectieuses, sont nécessaires, l'équipe médicale et paramédicale doit s'assurer que l'ensemble des professionnels et des usagers, en contact avec ces patients soient informés des équipements de protection à ajouter, en fonction de la nature de l'exposition. Le préalable est que le patient et/ou son entourage ait reçu une information adaptée à son niveau de compréhension.

Les professionnels se soumettent aux mesures de surveillance de leur état de santé et de prévention des risques professionnels qui sont organisées sur les lieux de travail en fonction de leurs emplois (visite médicale périodique, examens spéciaux pour les professionnels affectés dans des secteurs à risque particulier, mesures spécifiques à certains postes de travail).

ARTICLE 5 : ASSIDUITE ET PONCTUALITE

L'assiduité et la ponctualité font partie des conditions essentielles du bon fonctionnement du Centre Hospitalier.

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.

Il est impératif de prendre ses fonctions à l'heure prévue, notamment dans les services de soins, et de ne quitter le service que lorsque la relève est présente, la prise en charge des patients devant être assurée de façon continue.

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.

En cas d'impossibilité de prendre son poste comme prévu au tableau de service, l'agent doit, immédiatement avertir, à l'oral, son cadre ou en son absence la personne assurant son relais. L'usage des SMS et mails n'est pas adapté. L'agent devra fournir un justificatif à la DRH dans un délai de 48h.

En soirée en semaine et le Week end, il préviendra le cadre d'astreinte.

Toutes les absences injustifiées répétées sont constitutives d'une faute et pourront exposer les personnes concernées à une sanction disciplinaire.

ARTICLE 6 : DISPOSITIONS RELATIVES AU TABAC, A L'ALCOOL ET AUX STUPEFIANTS SUR LE LIEU DE TRAVAIL

Le comportement du personnel doit être correct en toute circonstance.

Le personnel n'est pas autorisé à fumer dans l'enceinte de l'établissement à proximité des bâtiments afin que les fumées ne gênent pas les patients hospitalisés. Il en est de même de la pratique du « vapotage ».

La consommation de boissons alcoolisées et de stupéfiants est prohibée sur le lieu de travail pour les professionnels prenant en charge ou ayant un contact avec les patients et usagers. En effet, chaque agent est tenu d'une obligation « de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa santé et de sa sécurité ainsi que de celles des autres personnes concernées par ses actes ou ses omissions au travail. » (Article L. 4122-1 du code du travail). L'interdiction de consommer des boissons alcoolisées et de stupéfiants s'impose également à tous les professionnels étant amenés à conduire des véhicules ou à utiliser des machines et équipements, afin de prévenir tout risque d'accident.

Conformément à l'article R4228-21 du code du travail, « il est interdit de laisser entrer ou séjourner dans les lieux de travail des personnes en état d'ivresse ».

De façon très exceptionnelle, certaines boissons (vin pétillant ou cidre) peuvent être autorisés lors de pots de départ professionnels organisés au sein de l'établissement avec autorisation préalable du directeur.

Si un professionnel manifeste un état d'ébriété en situation de travail, la Direction peut demander au médecin du travail de le recevoir immédiatement, ou en son absence, enjoindre le professionnel à aller consulter son médecin, pour mettre un terme à une situation de danger pour l'agent lui-même, pour ses collègues, ou pour les patients pris en charge.

En cas de suspicion d'imprégnation alcoolique aigue, et eu égard à l'exposition à un danger pour une personne ou un bien que cela génère, la Direction peut demander que soient réalisés, par une personne désignée par elle, habilitée et formée à cet effet, une mesure du taux d'alcool dans l'air expiré (éthylotest) et un dosage de l'alcoolémie par prélèvement sanguin en cas de positivité.

Il est rappelé que l'état d'ébriété est apprécié au regard du taux d'alcool admis dans le cadre des contrôles routiers. En cas de refus de réaliser le test d'alcoolémie, l'état d'ébriété sera présumé, lorsque les collègues peuvent témoigner avoir observé une démarche chancelante de l'agent, un comportement désinhibé de celui-ci ou des effluves révélateurs.

En cas de suspicion de consommation de stupéfiants, et eu égard à l'exposition à un danger pour une personne ou un bien que cela génère, la Direction peut demander que soit réalisé, par une personne désignée par elle, habilitée et formée à cet effet, un dosage des substances suspectées par prélèvement sanguin.

Les tests doivent être pratiqués de façon discrète, garantissant le respect de la dignité et le droit de la défense, et l'agent soumis au dépistage peut faire appel à un témoin de son choix. Les agents doivent être informés, par tout moyen approprié, que l'ensemble des informations, confidences, observations cliniques et conclusions des tests de dépistage sont couverts par le secret médical.

L'agent contrôlé peut contester les résultats et demander à bénéficier d'une contre-expertise par une prise de sang, effectuée dans les plus brefs délais par un laboratoire de son choix.

Le refus de l'agent de se soumettre aux tests, lorsque ces derniers sont assortis de conditions permettant le respect de ses droits et de sa dignité humaine, peut entraîner une sanction disciplinaire.

Au regard des circonstances et des résultats du contrôle, le Directeur peut décider de l'éloignement immédiat de l'agent de son poste de travail. Il peut donner lieu à une sanction disciplinaire et, à titre conservatoire, à une suspension des fonctions en cas de risque pour l'intérêt du service et la sécurité des personnels, ainsi que des patients.

La hiérarchie devra s'assurer que l'agent en état d'ébriété ou sous l'emprise d'une substance psychoactive ne reprend pas son véhicule personnel, et il lui appartient de le faire raccompagner à son domicile par tout moyen jugé adéquat.

ARTICLE 7 : UTILISATION DU TELEPHONE PORTABLE PERSONNEL ET DES RESEAUX SOCIAUX

L'utilisation du téléphone portable personnel dans le cadre d'un usage personnel pendant les heures de travail n'est pas autorisée, hormis en cas d'urgence et de gravité.

L'usage est toléré pendant les temps de pause et de repas. Il doit rester discret et ne pas occasionner de gêne pour les patients/résidents ou le personnel du service.

Il est recommandé de s'isoler pour téléphoner. Hors des temps de pause et de repas, le téléphone sera programmé en mode silencieux.

L'usage répété et abusif, pendant le temps de travail à des fins personnelles, est passible de sanction.

Par ailleurs, la publication sur les réseaux sociaux de photos ou vidéos prises dans l'établissement, sur le temps de travail, est également proscrite et pourrait être constitutive d'une faute.

ARTICLE 8 : INFORMATION DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE

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.

De même, il doit aviser son supérieur hiérarchique, dans les meilleurs délais, des situations le plaçant dans l'impossibilité d'assurer une vacation de travail planifiée.

ARTICLE 9 : OBLIGATION DE SIGNALEMENT DE TOUT INCIDENT OU RISQUE LIÉ AUX SOINS

Tout agent qui a connaissance d'un effet indésirable grave ou inattendu, d'un incident ou d'un risque d'incident lié à l'utilisation d'un médicament, d'un produit sanguin labile ou d'un dispositif médical en lien avec d'actes de prévention, d'investigations, de traitements est tenu d'en alerter immédiatement son supérieur hiérarchique et le référent de la vigilance correspondante.

Une charte d'engagement de l'établissement a été établie pour les déclarations d'événements indésirables associés aux soins.

ARTICLE 10 : OBLIGATION DE DEPOSER LES BIENS CONFIES PAR LES PATIENTS/RESIDENTS OU TROUVES DANS L'HOPITAL

Aucun agent de l'établissement ne doit conserver d'objets, documents ou valeurs confiés par des patients ou des résidents. Il sera demandé aux familles/proches de les reprendre.

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

ARTICLE 11 : BON USAGE DU SYSTEME D'INFORMATION

Chaque agent, dans ses propres situations de travail, doit se conformer aux bonnes pratiques d'utilisation du système par lequel l'administration met à sa disposition les technologies de l'information et de la communication. Il doit appliquer les dispositions légales en la matière en respectant les chartes et règlements dont l'institution se dote.

Dans le respect des lois, l'administration exerce la surveillance du système d'information et de l'utilisation qui en est faite par ses professionnels, sous réserve d'une information préalable.

La Charte d'accès et d'usage du système d'information de l'établissement est remise à tous les professionnels à leur arrivée dans l'établissement, ils se doivent d'en prendre connaissance et de la signer. Elle est également disponible dans la GED.

ARTICLE 12 : BON USAGE DES BIENS DE L'HOPITAL

Les membres du personnel veillent à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à leur disposition par le Centre Hospitalier de GRAULHET.

Le Centre Hospitalier pourra demander un remboursement en cas de dégradation volontaire ou d'incurie caractérisée.

ARTICLE 13 : TEMOIGNAGE EN JUSTICE OU AUPRES DES AUTORITES DE POLICE OU DE GENDARMERIE

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

Une assistance pour préparer ces rendez-vous peut être sollicitée.

CHAPITRE III – PROTECTION ET GARANTIES DES PERSONNELS

ARTICLE 1 : PROTECTION CONTRE LES DISCRIMINATIONS

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les agents publics en raison de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, de leur origine, de leur orientation sexuelle ou identité de genre, de leur âge, de leur patronyme, de leur situation de famille ou de grossesse, de leur état de santé, de leur apparence physique, de leur handicap ou de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie ou une race.

Toutefois des conditions d'âge peuvent être fixées pour certains recrutements dans la catégorie active ou pour le déroulement de carrière pour certaines missions, et des distinctions peuvent être faites afin de tenir compte d'éventuelles inaptitudes ou restrictions physiques ou psychologiques à exercer certaines fonctions.

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les agents en raison de leur sexe.

Aucun agent public ne doit subir d'agissement sexiste, défini comme tout agissement lié au sexe d'une personne, ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à sa dignité ou de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant.

Des recrutements distincts pour les femmes ou les hommes peuvent, exceptionnellement, être prévus lorsque l'appartenance à l'un ou à l'autre sexe constitue une condition déterminante de l'exercice des fonctions.

ARTICLE 2 : PROTECTION CONTRE LE HARCELEMENT

- ❖ Aucun agent ne doit subir les faits :
 - De harcèlement sexuel, constitué par des propos ou comportements à connotation sexuelle répétés qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante ;
 - Ou assimilés au harcèlement sexuel, consistant en toute forme de pression grave, même non répétée, exercée dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers.
- ❖ Aucun agent ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel.

- ❖ Aucun agent ne peut faire l'objet d'une mesure concernant le recrutement, la titularisation, la radiation des cadres, la rémunération, la formation, l'appréciation de la valeur professionnelle, la discipline, le reclassement, la promotion, l'affectation, les horaires de travail ou la mutation pour avoir :
 - Subi ou refusé de subir des faits de harcèlement sexuel ou de harcèlement moral
 - Formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire cesser ces faits
 - De bonne foi, relaté ou témoigné de tels faits.

ARTICLE 3 : PROTECTION DANS L'EXERCICE DES FONCTIONS

Les professionnels bénéficient, à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection organisée par l'établissement, indépendamment des règles fixées par le code pénal et les lois spéciales.

L'établissement est tenu de protéger l'agent public contre les atteintes volontaires à l'intégrité de sa personne, les violences, les agissements constitutifs de harcèlement, les menaces, les injures, les diffamations ou les outrages dont il pourrait être victime sans qu'une faute personnelle puisse lui être imputée.

Il est tenu de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté.

Tout agent de l'établissement victime de menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages à l'occasion de l'exercice de ses fonctions peut ainsi demander une protection fonctionnelle.

L'établissement propose, en outre, le recours à une psychologue de la Direction Commune ainsi qu'un dispositif d'accompagnement psychologique 24h/24 et 7j/7 (Association SPS). La procédure « Conduite à tenir du professionnel victime de violence dans l'exercice de ses fonctions » est disponible dans le service.

Dans ce cadre, tout agent de l'établissement appelé à être entendu en justice ou auprès des autorités de police sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement de l'établissement doit en aviser immédiatement un Directeur.

Sauf en cas de faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions, la responsabilité civile de l'agent ne peut être engagée par un tiers devant les juridictions judiciaires pour une faute commise dans l'exercice de ses fonctions.

Lorsque l'agent a été poursuivi par un tiers pour faute de service et que le conflit d'attribution n'a pas été élevé (c'est-à-dire qu'il n'a pas été demandé le dessaisissement de la juridiction judiciaire), l'établissement doit, dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'est pas imputable à l'agent, le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui.

L'établissement est tenu d'accorder sa protection à l'agent dans le cas où il fait l'objet de poursuites pénales à l'occasion de faits qui n'ont pas le caractère d'une faute personnelle.

ARTICLE 4 : PROTECTION EN MATIERE D'HYGIENE ET DE SECURITE

Les conditions d'hygiène et de sécurité de nature à préserver leur santé et leur intégrité physique sont assurées aux agents durant leur travail.

ARTICLE 5 : GARANTIES RELATIVES AU DOSSIER INDIVIDUEL

Le dossier individuel de l'agent public doit comporter toutes les pièces intéressant la situation administrative de l'intéressé, enregistrées, numérotées et classées sans discontinuité.

Il ne peut être fait état, dans le dossier individuel d'un agent public de même que dans tout document administratif, des opinions ou des activités politiques, syndicales, religieuses ou philosophiques de l'intéressé.

En vertu du secret médical, aucune information de santé du professionnel ne doit figurer dans son dossier administratif. Seules les suites administratives de l'état de santé peuvent y apparaître.

Tout agent a accès à son dossier individuel dans les conditions définies par la législation en vigueur. Les demandes doivent être adressées à la direction des ressources humaines de l'hôpital.

ARTICLE 6 : LIBERTE D'OPINION ET LIBERTE D'EXPRESSION

La liberté d'opinion et la liberté d'expression sont garanties à tout agent, dans le respect d'une part d'un principe de stricte neutralité, d'autre part du devoir de réserve et de l'obligation de discrétion professionnelle

ARTICLE 7 : DROIT SYNDICAL

Le droit syndical est garanti aux personnels de l'établissement, qui peuvent librement créer des organisations syndicales, y adhérer et y exercer des mandats, dans le respect des conditions prévues par le Code Général de la Fonction Publique et l'instruction n° DGOS/RH3/DGCS/4B/2016/53 du 25 Février 2016 relative à l'exercice du droit syndical dans la fonction publique hospitalière.

Les organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions, disposer d'autorisations spéciales d'absence et de décharges d'activités de service.

Le Directeur garantit l'exercice du droit syndical sous réserve des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis des usagers.

ARTICLE 8 : DROIT DE GREVE

Tous les personnels disposent du droit de grève sous réserve que la continuité du service public soit assurée. Ils exercent le droit de grève dans le cadre des lois qui le réglementent.

La détermination des effectifs nécessaires dans les services est arrêtée par le Directeur, après concertation avec les organisations syndicales, en tenant compte de la sécurité des patients, de la préservation des matériels et bâtiments

Pour satisfaire à l'obligation de continuité du service public, le Directeur peut assigner des agents, jusqu'à atteindre l'effectif indispensable permettant d'assurer le fonctionnement des services dont l'activité ne peut être interrompue, la sécurité physique des personnes, la continuité des soins et des prestations hôtelières aux patients et la conservation des installations et du matériel. Les agents désignés sont tenus de se conformer à cette assignation.

Un délai de préavis de 5 jours francs doit être respecté avant le début de la grève. Il doit préciser le ou les motifs de recours à la grève.

ARTICLE 9 : DROIT A LA FORMATION

Le droit à la formation professionnelle tout au long de la vie est reconnu à tous les agents.

L'établissement veille à ce que l'ensemble de ses personnels puisse satisfaire dans les conditions appropriées à ses obligations légales de formation en lien avec le métier exercé.

TITRE IV – DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 1 : APPROBATION DU REGLEMENT INTERIEUR

Conformément au code de la santé publique, le règlement intérieur de l'établissement est arrêté par le directeur après concertation avec le directoire et après avis de la Commission Médicale d'Etablissement, du Comité Social d'Etablissement et du Conseil de surveillance de l'établissement.

ARTICLE 2 : MISE A DISPOSITION DU REGLEMENT INTERIEUR

Le présent règlement intérieur est tenu à la disposition des usagers sur le site internet de l'établissement et des personnels et dans la Gestion Electronique des Documents de l'établissement.

ARTICLE 3 : MISE A JOUR DU REGLEMENT INTERIEUR

Le règlement intérieur fait l'objet de mises à jour régulières.

Les modifications à apporter au règlement intérieur sont adoptées dans la même forme et selon la même procédure que celles décrites à l'article 1 du présent titre.