

1 CHAPITRE I : ORGANISATION INSTITUTIONNELLE

1.1 Section I : Directeur, Directoire, Conseil de Surveillance

1.1.1 Directeur Général

Le Directeur Général conduit la politique de l'établissement, dont il est le représentant légal.

Textes de référence

Art. L6143-7

D. 6143-33 et suivant du CSP

Le directeur général dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement.

Le Directeur Général exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques 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 Général est l'ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement.

Le Directeur Général préside le Directoire et participe aux séances du Conseil de Surveillance dont il exécute les délibérations.

Après concertation avec le Directoire, le Directeur Général a compétence pour :

- ✚ conclure le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ;
- ✚ décider, conjointement avec le président de la CME, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- ✚ arrêter le bilan social et définir les modalités d'une politique d'intéressement ;
- ✚ déterminer, après avis de la CME en ce qui concerne les équipements médicaux, le programme d'investissement ;
- ✚ fixer l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD), le plan global de financement pluriannuel et les propositions des tarifs de prestations ;
- ✚ arrêter le compte financier qu'il soumet ensuite à l'approbation du Conseil de Surveillance ;
- ✚ arrêter l'organisation interne de l'établissement et signer les contrats de pôle d'activité ;
- ✚ proposer la participation à l'une des formes de coopération sanitaire ;
- ✚ conclure les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;
- ✚ conclure les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat public-privé et les conventions de location ;
- ✚ soumettre au Conseil de Surveillance le projet d'établissement ;
- ✚ conclure les délégations de service public

- ✚ arrêter le règlement intérieur de l'établissement ;
- ✚ à défaut d'un accord sur l'organisation du travail conclu avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décider de l'organisation du travail et des temps de repos ;
- ✚ présenter à l'ARS le plan de redressement ;
- ✚ arrêter le plan blanc de l'établissement.

Le Directeur Général peut, sous sa responsabilité et dans les conditions déterminées par le décret n°2009-1765 du 30 décembre 2009 (articles D. 6143-33 et s. CSP), déléguer sa signature aux personnels sur lesquels il exerce son autorité.

1.1.2 Pouvoirs de police du Directeur Général

Conformément à la jurisprudence administrative (Conseil d'Etat, arrêt n°168606 du 17 novembre 1997), le Directeur Général détient le pouvoir de police dans l'établissement: il peut interdire l'accès de l'hôpital à toute personne ne respectant pas les règlements ou causant des désordres persistants.

1.1.3 Directions fonctionnelles

Pour assurer la conduite de l'établissement, le Directeur Général est entouré d'une équipe de direction.

1.1.4 Garde de direction

Pour répondre à la nécessité de la présence permanente sur place d'une autorité responsable, le Directeur Général organise avec les membres de son équipe de direction et, le cas échéant, d'autres cadres de direction et collaborateurs auxquels il a donné délégation de sa signature, une garde de direction.

1.1.5 Directoire

✚ Composition et fonctionnement

Textes de référence

Art L. 6143-7-5,
D. 6143-35-1 à D. 6143-35-5 du CSP

Dans les Centres Hospitaliers Universitaires, le Directoire est composé de neuf membres, membres du personnel de l'établissement dont une majorité de membres du personnel médical.

Membres de droit :

- ✚ le directeur, président du Directoire ;
- ✚ le président de la Commission Médicale d'Etablissement, vice-président du Directoire coordonnateur de la politique médicale ;
- ✚ le président de la Commission de Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques ;
- ✚ le vice-président doyen directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou président du comité de coordination de l'enseignement médical ;

- ✚ un vice-président chargé de la recherche nommé par le directeur sur proposition conjointe du président d'un établissement public à caractère scientifique et technologique placé sous la tutelle conjointe du ministre chargé de la recherche et du ministre chargé de la santé, ayant pour mission de promouvoir la recherche dans le champ des sciences de la vie et de la santé, du président de l'université dont relève l'unité de formation et de recherche médicale et du vice-président doyen.

Membres nommés :

Le directeur général nomme des membres sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la Commission Médicale d'Établissement conjointement avec le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical. En cas de désaccord, constaté dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur général peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme les membres de son choix.

La durée du mandat des membres du Directoire nommés par le président du Directoire de l'établissement est de quatre ans.

Ce mandat prend fin lors de la nomination d'un nouveau directeur, ainsi que dans les cas où son titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre du Directoire.

Le directeur général 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.

Le Directoire établit son règlement intérieur dans le respect des dispositions légales et réglementaires.

✚ Attributions

Le directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement (article L6143-7-4 du CSP). Il peut ainsi intervenir sur l'ensemble des sujets relatifs à la vie de l'établissement.

Une concertation du Directoire est organisée sur la majeure partie de la politique de gestion de l'établissement. Cette concertation permet au directeur général de disposer de tous les avis nécessaires à la prise de décision et de prévenir, le plus en amont possible, d'éventuelles difficultés.

Annexe : règlement intérieur du Directoire

1.1.6 Président de la CME, vice-président du Directoire

La loi HPST consacre le président de la CME comme coordonnateur médical fonctionnant en binôme avec le directeur général.

Le président de la CME :

- ✚ est vice-président du Directoire chargé des affaires médicales ;
- ✚ coordonne la politique médicale de l'établissement : à cette fin, il assure notamment les missions suivantes :
 - 1°) Il contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques médicales
 - 2°) Il veille à la coordination de la prise en charge du patient
 - 3°) Il contribue à la promotion de la recherche médicale et de l'innovation thérapeutique ;
 - 4°) Il coordonne l'élaboration du plan de développement professionnel continu des personnels médicaux
 - 5°) 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
- ✚ élabore avec le directeur et en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical de l'établissement. Il en assure le suivi de la mise œuvre et en dresse le bilan annuel ;
- ✚ participe aux séances du Conseil de Surveillance avec voix consultative ;
- ✚ propose au directeur général des listes de candidats en vue de la nomination dans les fonctions de chefs de pôle.

Le président de la Commission Médicale d'Etablissement est chargé, conjointement avec le Directeur Général, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, sous réserve des attributions de la Commission Médicale d'Etablissement.

Il assure le suivi de cette politique et 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 et de la sécurité des soins, qui résultent notamment des inspections des autorités de tutelle et de la procédure de certification.

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

Le projet médical est élaboré pour une période de cinq ans. Il peut être modifié par voie d'avenant. Il définit la stratégie médicale de l'établissement et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions du contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 6114-1 et L. 6114-2. Il comprend notamment :

- 1° Les objectifs médicaux en cohérence avec le schéma régional d'organisation sanitaire et le contenu de l'offre de soins ;
- 2° Les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- 3° Le cas échéant les objectifs en matière de recherche et de démarches innovantes ;
- 4° L'organisation des moyens médicaux ;

5° Une annexe spécifique précisant l'articulation entre les pôles d'activité pour garantir la cohérence du parcours de soins du patient ;

6° Un volet relatif à l'activité palliative des services ou unités fonctionnelles identifiant les services de l'établissement au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs.

1.1.7 Conseil de Surveillance

Textes de référence




Articles L. 6143-1 à -7

R. 6143-1 à R. 6143-16 CSP




Composition et fonctionnement

Le Conseil de Surveillance est composé **15 membres répartis en trois collèges** dont le nombre de membres doit être identique.



Au titre des représentants des collectivités territoriales :

-  le maire de la commune siège de l'établissement principal, ou le représentant qu'il désigne;
-  deux représentants d'un établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre dont la commune siège de l'établissement est membre ou, à défaut, un représentant de chacune des deux principales communes d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice connu, autres que celle du siège de l'établissement principal ;
-  le président du conseil général du département siège de l'établissement principal, 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 ;
-  deux membres désignés par la Commission Médicale d'Etablissement ;
-  deux membres désignés par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des élections au Comité Technique d'Etablissement.

Au titre des personnalités qualifiées :

-  deux personnalités qualifiées désignées par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé ;
-  trois personnalités qualifiées désignées par le représentant de l'État dans le département, dont au moins deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-1.

Membres avec voix consultative :

-  Le vice-président du Directoire. Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique au sein des établissements publics de santé, lorsqu'elle existe, Le directeur de la caisse d'assurance maladie désignée en application du premier alinéa de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale
-  Dans les centres hospitaliers universitaires mentionnés à l'article L. 6141-2, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical Dans les établissements délivrant des soins de longue durée ou

gérant un établissement d'hébergement pour personnes âgées mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, un représentant des familles de personnes accueillies.

Le Conseil de Surveillance élit son président parmi les membres mentionnés au 1° et au 3°. Le mandat des membres est de 5 ans. Il prend fin en même temps que le mandat ou la fonction au titre desquels les intéressés ont été désignés.

Le nombre des membres du Conseil de Surveillance par catégories, la durée de leur mandat, les modalités de leur nomination et les modalités de fonctionnement du Conseil de Surveillance sont fixés par décret.








Seule la désignation des membres du Conseil de Surveillance, relevant du collège des représentants des personnels médicaux et non médicaux incombe aux établissements.

La désignation des représentants des collectivités territoriales et de leurs regroupements (collège des élus) revient aux collectivités territoriales concernées. En ce qui concerne le collège des personnalités qualifiées, la compétence de désignation des membres du Conseil de Surveillance est partagée entre le Directeur Général de l'ARS et le Préfet.

Incompatibilités

Plusieurs incompatibilités sont définies par la loi dont celle de membre du Conseil de Surveillance et de membre du Directoire.

Nul ne peut être membre du Conseil de Surveillance :

-  à plus d'un titre ;
-  s'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L5 et L6 du code électoral ;
-  s'il est membre du Directoire ;
-  s'il a personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses ascendants ou descendants en ligne directe un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de santé privé ; toutefois, cette incompatibilité n'est pas opposable aux représentants du personnel lorsqu'il s'agit d'établissements de santé privés qui assurent, hors d'une zone géographique déterminée par décret, l'exécution d'une mission de service public dans les conditions prévues à l'article L. 6112-2 ;
-  s'il est lié à l'établissement par contrat ; toutefois, cette incompatibilité n'est opposable ni aux personnes ayant conclu avec l'établissement un contrat mentionné aux articles L. 1110-11, L. 1112-5 et L. 6134-1, ni aux membres mentionnés au 2° de l'article L. 6143-5 ayant conclu un contrat mentionné aux articles L. 6142-3, L. 6142-5 et L. 6154-4 ou pris pour l'application des articles L. 6146-1, L. 6146-2 et L. 6152-1 ;
-  s'il est agent salarié de l'établissement. Toutefois, l'incompatibilité résultant de la qualité d'agent salarié n'est pas opposable aux représentants du personnel médical, pharmaceutique et odontologique, ni aux représentants du personnel titulaire de la fonction publique hospitalière ;
-  s'il exerce une autorité sur l'établissement en matière de tarification ou s'il est membre du Conseil de Surveillance de l'Agence Régionale de Santé.

Le Conseil de Surveillance se réunit au moins quatre fois par an sauf, si son règlement intérieur prévoit un nombre supérieur, sur convocation de son président ou à la demande du tiers de ses membres.









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

Attributions




Le Conseil de Surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il communique au Directeur de l'ARS ses observations sur le rapport annuel présenté par le Directeur Général du CHU et sur la gestion de l'établissement.

Le Conseil de Surveillance se prononce par délibération ou par avis sur les matières définies par le Code de la Santé Publique. Il est également informé dans les domaines déterminés par le Code de la Santé Publique.

Le Conseil de Surveillance délibère sur :

-  le projet d'établissement ;
-  la convention constitutive du CHU et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 du CSP ;
-  le compte financier et l'affectation des résultats ;
-  toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
-  le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le Directeur Général ;
-  toute convention entre l'établissement et l'un des membres de son Directoire ou de son Conseil de Surveillance ;
-  les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.
-  Les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L. 6145-7

Le Conseil de Surveillance donne son avis sur :

-  la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
-  les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat ;
-  le règlement intérieur de l'établissement.

Annexe : règlement intérieur du Conseil de Surveillance

1.2 Section II- Organes représentatifs

Textes de référence

Art. L. 6144-1, L. 6144-2,
R. 6144-1 à R. 6144-6,
R. 6144-82, R. 6144-83,
D. 6144-82 à D. 6144-85 CSP

1.2.1 Commission Médicale d'Établissement (CME)

Composition et fonctionnement

La composition de la Commission Médicale d'Établissement des Centres Hospitaliers Universitaires est fixée comme suit :

- 1° Le collège des chefs de pôles compte 10 sièges ;
- 2° Des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles ;
- 3° Des représentants élus des personnels enseignants et hospitaliers titulaires de l'établissement ;
- 4° Des représentants élus des praticiens hospitaliers titulaires de l'établissement ;
- 5° Des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement ;
- 6° Des représentants élus des sages-femmes si l'établissement dispose d'une activité de gynécologie-obstétrique ;
- 7° Des représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un pour les internes de médecine des autres spécialités, un pour les internes de pharmacie et un pour les internes en odontologie ;
- 8° Des représentants des étudiants hospitaliers comprenant un représentant pour les étudiants hospitaliers en médecine, un représentant pour les étudiants hospitaliers en pharmacie, un représentant pour les étudiants hospitaliers en odontologie et un représentant pour les étudiants en maïeutique.

Les représentants mentionnés au 3° et au 4° sont en nombre égal.

Assistent, en outre, avec voix consultative :

- 1° Le président du Directoire ou son représentant ;
- 2° Les directeurs d'unité de formation et de recherche de médecine ou le président du Comité de coordination de l'enseignement médical et, quand ils existent, le directeur d'unité de formation et de recherche de pharmacie et le directeur d'unité de formation et de recherche d'odontologie ;
- 3° Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- 4° Le praticien responsable de l'information médicale ;
- 5° Le représentant du comité technique d'établissement, élu en son sein ;
- 6° Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;
- 7° Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur de l'établissement.

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

La répartition et le nombre des sièges au sein de la commission sont déterminés, pour chaque catégorie, par le règlement intérieur de l'établissement qui assure en son sein une représentation minimale et équilibrée de l'ensemble des disciplines de l'établissement.

Annexe : décision de composition de la CME

Le mandat des membres est de 4 ans. Il est renouvelable.

Les membres de la Commission ainsi que les personnes éventuellement entendues par elle sont tenus à l'obligation de discrétion professionnelle à l'égard des informations dont ils ont eu connaissance au cours de leurs travaux.

Pour l'accomplissement de ses missions, la Commission Médicale d'Etablissement définit librement son organisation interne dans son règlement intérieur, sous réserve des dispositions suivantes :

- ✚ La commission se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son président qui en fixe l'ordre du jour ;
- ✚ Elle est également réunie à la demande soit d'un tiers de ses membres, soit du président du Directoire, soit du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé sur l'ordre du jour qu'ils proposent ;
- ✚ Sauf urgence, l'ordre du jour est envoyé au moins sept jours à l'avance aux membres de la commission et aux personnes qui sont conviées à la séance en tant qu'experts ;
- ✚ Des personnalités extérieures ou des professionnels de santé compétents sur des questions inscrites à l'ordre du jour et dont l'expertise est utile au bon déroulement des travaux de la commission peuvent être appelés à intervenir en séance selon des modalités prévues par le règlement intérieur ;
- ✚ Les membres de la commission ainsi que les personnes éventuellement entendues par elle sont tenus à l'obligation de discrétion professionnelle à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel dont ils ont eu connaissance au cours de leurs travaux ;
- ✚ L'établissement concourt au bon fonctionnement de la Commission Médicale d'Etablissement et met à sa disposition, à cette fin, des ressources humaines et matérielles.

Pour les CHU, la CME élit, en son sein, son président parmi les personnels enseignants et hospitaliers et son vice-président parmi les praticiens titulaires.

Les fonctions de président de la Commission Médicale d'Etablissement sont de quatre ans. Le mandat est renouvelable une seule fois.

Les fonctions de président de la Commission Médicale d'Etablissement sont incompatibles avec les fonctions de chef de pôle. Toutefois le règlement intérieur de l'instance peut prévoir une exception à cette règle si l'effectif médical de l'établissement le justifie.

Attributions

1) Attributions générales

La CME est consultée sur les matières suivantes :

La Commission Médicale d'Établissement est consultée sur des matières sur lesquelles le comité technique d'établissement est également consulté ; ces matières sont les suivantes :

- 1° Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 ;
- 2° Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
- 3° Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 ;
- 4° L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 ;
- 5° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- 6° La gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

La Commission Médicale d'Établissement est également consultée sur les matières suivantes :

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

La CME est informée sur les matières suivantes :

- 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 de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins

2) Attributions dans le domaine de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

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

- ✚ la gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter 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.

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 ;
- ✚ l'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs ;
- ✚ le fonctionnement de la permanence des soins ;
- ✚ l'organisation des parcours de soins.

En tenant compte du rapport annuel de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ), la CME propose au Directeur Général un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi.

Annexe : règlement intérieur de la CME

1.2.2 Comité technique d'établissement (CTE)

✚ Attributions

Textes de référence

Articles L. 6144-3 à L. 6144-6-1,
R. 6144-40 à R. 6144-80,
D. 6144-81 à D. 6144-85 CSP

Le Comité Technique d'Etablissement est consulté sur des matières sur lesquelles la Commission Médicale d'Etablissement est également consultée ; ces matières sont les suivantes :

- 1° Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 ;
- 2° Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel
- 3° Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 ;
- 4° L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 ;
- 5° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;

- 6° La gestion prévisionnelle des emplois et compétences ;
- 7° Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;
- 8° La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu ;
- 9° Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;
- 10° La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;
- 11° 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 ;
- 12° Le règlement intérieur de l'établissement.

Le comité est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement. Il est également informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 ainsi que du budget prévu à l'article [L. 6145-1](#) et des décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7.

Composition

Le CTE est présidé par le Directeur Général ou son représentant et réunit des représentants du personnel. Dans les établissements de plus de cinq mille agents, le CTE compte, outre son président, quinze membres titulaires et autant de suppléants.

La durée du mandat des représentants du personnel est fixée à quatre ans, renouvelable.

Les représentants du personnel sont élus par collège au scrutin de liste. Le nombre des représentants à élire pour chaque collège est proportionnel à l'effectif des agents qui en relèvent.

Élection

La fixation de la date des élections et le remplacement d'un représentant du personnel en cours de mandat s'effectuent selon des modalités conformes aux dispositions réglementaires. La qualité d'électeur et les conditions d'éligibilité sont déterminées par le Code de la Santé Publique.

Les candidatures sont présentées par les organisations syndicales. Elles sont déposées auprès de la direction de l'établissement au moins quarante-deux jours avant la date fixée pour les élections.

Le Directeur Général dresse la liste électorale, affichée soixante jours au moins avant la date fixée pour le scrutin. La liste électorale ainsi close est transmise, sur leur demande, aux organisations syndicales. Les vérifications, réclamations et corrections de la liste s'effectuent selon les modalités prévues par le Code de la Santé Publique.

Fonctionnement

Le CTE se réunit au moins une fois par trimestre. Les réunions ont lieu sur convocation de son président, à l'initiative de celui-ci ou sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel. Dans ce dernier cas, le CTE est réuni dans un délai de quinze jours. La convocation est accompagnée de l'ordre du jour de la séance.

L'ordre du jour est fixé par le président. Doivent notamment y être inscrites, les questions dont l'examen a été demandé par la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

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

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

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

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

Le CTE émet des avis ou des vœux à la majorité des suffrages exprimés. S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée, sauf s'il est demandé un vote à bulletin secret. Le président ne prend pas part au vote. En cas de partage égal des voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la proposition formulée.

Lorsqu'un projet ou une question recueille un vote défavorable unanime de la part des représentants du personnel, membres du CTE, le projet ou la question fait l'objet d'un réexamen et une nouvelle délibération est organisée dans un délai qui ne peut être inférieur à huit jours et supérieur à trente jours. La convocation est adressée dans un délai de huit jours aux membres du CTE. Le CTE siège alors valablement quel que soit le nombre de membres présents. Il ne peut être appelé à délibérer une nouvelle fois suivant cette même procédure.

Les avis ou vœux émis par le CTE sont portés par le président à la connaissance du Conseil de Surveillance. Ils sont également portés par voie d'affichage, à la diligence du Directeur Général, à la connaissance du personnel dans un délai de quinze jours.

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

Les séances du CTE ne sont pas publiques. Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux du CTE sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle sur les informations et documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux. Le CTE établit son règlement intérieur, dans le respect des dispositions légales et réglementaires.

Annexe : règlement intérieur du CTE

1.2.3 Dispositions communes à la CME et au CTE

La Commission Médicale d'Établissement et le Comité Technique d'Établissement peuvent décider de délibérer conjointement des questions relevant de leurs compétences consultatives communes. A l'issue de ces délibérations, ils émettent des avis distincts.

1.2.4 Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)

Textes de référence

Articles R. 4615-1 à R. 4615-21
du Code du travail

Le CHSCT définit les orientations générales en vue de la protection sanitaire et de la sécurité des personnes travaillant dans l'établissement. Il examine et donne son avis sur le bilan social, les conditions de travail, la sécurité et la santé des personnels, l'hygiène des locaux. C'est une instance consultative qui a notamment pour rôle de procéder à des enquêtes en cas d'accident, de proposer des améliorations, d'assurer le respect des dispositions législatives et réglementaires, ainsi que des consignes d'hygiène et de sécurité.

Composition

Le CHSCT est composé d'une délégation de représentants du personnel comportant un nombre égal de titulaires et de suppléants, comprenant :

1) des représentants des personnels non médicaux à raison de :

- 3 représentants dans les sites de 199 agents au plus ;
- 4 représentants dans les sites de 200 à 499 agents ;
- 6 représentants dans les sites de 500 à 1 499 agents ;
- 9 représentants dans les sites de 1 500 agents et plus.

Ces représentants des personnels sont désignés par les organisations syndicales, les sièges étant attribués au prorata du nombre de voix recueilli par chacune de ces organisations.

2) des représentants des personnels médecins, pharmaciens et odontologistes à raison de :

- 1 représentant sur les sites comprenant au plus 2 500 agents ;
- 2 représentants sur les sites de plus de 2 500 agents.

Ces représentants sont désignés, en son sein, par la CME.

Participent également aux réunions avec voix consultative : les médecins du travail, le directeur des affaires logistiques, le directeur du service technique (ou, à défaut, le technicien chargé de l'entretien des installations), le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, un professeur des universités praticien hospitalier chargé de l'enseignement de l'hygiène.

L'inspecteur du travail est prévenu de toutes les réunions du CHSCT et peut y assister.

Attributions

Le CHSCT a pour mission de contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des membres du personnel, ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail.

Le CHSCT est principalement chargé de :

- veiller à l'observation des prescriptions législatives applicables en ces matières ;
- procéder à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les agents ainsi qu'à l'analyse des conditions de travail ;
- procéder régulièrement à des inspections ;
- réaliser des enquêtes en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ;
- contribuer à la promotion de la prévention des risques professionnels et susciter toute initiative dans cette perspective. Il peut notamment proposer des actions de prévention des harcèlements moral et sexuel. En ces matières, le refus du Directeur Général doit être motivé.

Lors des visites de l'inspecteur ou du contrôleur du travail, les représentants du personnel au CHSCT sont informés de sa présence et peuvent présenter leurs observations.

Le CHSCT doit être consulté :

- avant toute décision d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail et, notamment, 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, avant toute modification des cadences et des normes de productivité liées ou non à la rémunération du travail ;
- sur le projet d'introduction de nouvelles technologies mentionné à l'article L. 2323-13 du Code du travail, sur les conséquences de ce projet sur la santé et la sécurité des travailleurs ;
- sur le plan d'adaptation établi lors de la mise en œuvre de mutations technologiques importantes et rapides prévues à l'article L. 2323-14 ;
- sur les mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail et des travailleurs handicapés ;
- sur les documents se rattachant à sa mission, notamment sur le règlement intérieur de l'établissement ;
- sur toute question de sa compétence dont il est saisi par le Directeur Général, le CTE ou les représentants du personnel.

Modalités de fonctionnement

Le CHSCT est présidé par le Directeur Général ou son représentant. Un secrétaire est élu par les représentants du personnel.

Le CHSCT se réunit au moins quatre fois par an et après chaque accident ou maladie professionnelle grave ayant entraîné une incapacité permanente ou le décès de la victime ou à la demande motivée de deux de ses membres représentants du personnel.

Ces réunions ont lieu à l'initiative du président du CHSCT. L'ordre du jour est établi par le président et le secrétaire. Il est transmis par le président aux membres CHSCT et à l'inspecteur du travail, accompagné si nécessaire des documents utiles. Cette transmission est faite, sauf urgence, quinze jours au moins avant la date fixée pour la réunion.

Les décisions et résolutions du CHSCT sont adoptées à la majorité des membres présents.

Le CHSCT peut faire appel à titre consultatif au concours de toute personne qui lui paraîtrait qualifiée.

Annexe : règlement intérieur du CHSCT

1.2.5 Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)

Composition

Textes de référence

Articles R. 6146-10 et s. CSP

La CSIRMT est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Elle ne peut comprendre plus de 40 membres.

Les représentants élus constituent trois collèges :

- collège des cadres de santé ;
- collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- collège des aides-soignants.

Chacun des trois collèges est représenté par un nombre de membres qui ne peut être inférieur à 10% du nombre total des membres élus de la CSIRMT.

Participent avec voix consultative aux séances de la CSIRMT :

- le ou les directeurs des soins ;
- les directeurs des soins coordonnateurs chargés des instituts de formation du CHU ;
- un représentant des étudiants infirmiers de troisième année ;
- un élève aide-soignant ;
- un représentant de la CME.

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

La qualité d'électeur, les conditions d'éligibilité et les modalités du scrutin pour la désignation des représentants à la CSIRMT sont déterminées par le Code de la Santé Publique.

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

Attributions

La CSIRMT est consultée pour avis sur :

- le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades ;
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;

- les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- la recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- la politique de développement professionnel continu.

Elle est informée sur :

- le règlement intérieur de l'établissement ;
- la mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 du Code de la Santé Publique (participation des professionnels libéraux aux activités de soins) ;
- le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

Fonctionnement

La CSIRMT est présidée par le directeur des soins Coordonnateur Général des Soins, membre de droit du directoire.

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

La CSIRMT est convoquée par son président. Cette convocation est de droit à la demande du président du Directoire, de la moitié au moins des membres de la CSIRMT ou du directeur de l'ARS. L'ordre du jour est fixé par le président de la CSIRMT.

La CSIRMT délibère valablement lorsqu'au moins la moitié des membres élus sont présents. Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde réunion a lieu après un délai de huit jours. L'avis est alors émis valablement quel que soit le nombre de membres présents.

Chaque séance de la CSIRMT fait l'objet d'un compte rendu adressé au président du Directoire et aux membres de la CSIRMT dans un délai de quinze jours.

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

1.3 Section III- Organisation interne

1.3.1 Principe de libre organisation interne du CHU

Textes de référence
Article L. 6146-1 CSP

Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne, dans le respect des dispositions législatives et réglementaires applicables.

► Pôles d'activité clinique et médico-technique – Pôles hospitalo-universitaires

Annexe : cartographie des pôles au CHU de Saint-Etienne

Textes de référence

Articles D. 6146-1,
R. 6146-2, R. 6146-3
R. 6146-9-1 du CSP

Conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la CME et du doyen de la faculté de médecine, le Directeur Général définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité. Ces pôles d'activité peuvent comporter des structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées. Dans les centres hospitaliers universitaires, les pôles d'activité clinique et médico-technique sont dénommés pôles hospitalo-universitaires.

Nomination des chefs de pôle

Le Directeur Général nomme les chefs de pôle sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la CME, conjointement avec le doyen de la faculté de médecine ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical.

Cette liste, comportant au moins trois noms, est présentée au Directeur Général dans un délai de trente jours à compter de sa demande. En cas d'absence de proposition dans le délai requis, il nomme la personne de son choix. En cas de désaccord du Directeur Général sur les noms portés sur la liste ou si cette dernière est incomplète, il peut demander qu'une nouvelle liste lui soit présentée dans les quinze jours. En cas de nouveau désaccord, il nomme le chef de pôle de son choix.

Les chefs de pôle sont nommés pour une période de quatre ans renouvelable sauf lorsque le titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il a été nommé.

Il peut être mis fin dans l'intérêt du service aux fonctions de chef de pôle par décision du Directeur après avis du président de la CME, du doyen de la faculté de médecine et du président du comité de coordination de l'enseignement médical.

Mission des chefs de pôle

Le praticien chef d'un pôle met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions des structures, services ou unités fonctionnelles prévues par le projet de pôle. Dans l'exercice de ses fonctions, il est assisté d'un cadre supérieur de santé et d'un cadre administratif de pôle. Il peut également se faire assister par un ou des collaborateur(s) dont il propose la nomination au Directeur Général. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.

Mission du Directeur référent de pôle

Désigné par le directeur général, il le représente dans le pôle. Il assure une mission d'appui auprès du médecin coordonnateur du pôle en matière de stratégie et gestion de projet ainsi que d'accompagnement et d'expertise.

Missions des cadres supérieurs de santé de pôle

Collaborateur du chef de pôle, le cadre de santé de pôle contribue à la mise en œuvre et l'évaluation du projet de soins. Il a la responsabilité de la coordination et de l'organisation des activités de soin des services du pôle.

Le cadre de santé de pôle est rattaché fonctionnellement au responsable médical de pôle même si le rattachement hiérarchique demeure avec la direction des soins

Leur rôle est de coordonner les soins ou les activités de soins au niveau des pôles :

- organisation des activités ou des prestations de soins dans les pôles,
- encadrement et animation de l'équipe des cadres de santé,
- garantir la bonne gestion des effectifs paramédicaux du pôle
- optimisation du séjour et des parcours patients ou des activités, dans le respect des contraintes de sécurité, de qualité,
- optimisation de l'utilisation des moyens et équipements (ex. mutualisation du plateau technique),
- traduction de projet d'établissement et de pôles au niveau des équipes et définition des plans d'action et évaluation.

[Missions de cadres administratifs de pôle](#)

Collaborateur du Chef de pôle, le cadre administratif de pôle contribue à la mise en œuvre du contrat de pôle et des projets du pôle dans une démarche prospective, stratégique et dans le respect des orientations institutionnelles inscrites dans le projet d'établissement.

Responsable de la gestion médico-économique du pôle, il est chargé d'organiser, de coordonner et d'évaluer les moyens dévolus au pôle, en lien avec le cadre supérieur de santé de pôle et le Directeur référent.

Dans ce cadre, il assure notamment les missions suivantes :

- Assister le Chef de pôle dans la gestion administrative et le pilotage médico-économique du pôle
- Suivre et contrôler les objectifs, le budget et les résultats du pôle au travers d'indicateurs (reporting mensuel,...)
- Participer à l'organisation opérationnelle du pôle, en fonction des fondamentaux et des objectifs arrêtés par l'établissement
- Assurer la gestion des projets de développement et d'amélioration de la performance et de la qualité du pôle sous l'autorité du Chef de pôle et du Directeur référent, en lien avec la Direction du Contrôle de Gestion et la Direction Projet
- Evaluer la pertinence médico-économique de nouvelles activités
- Encadrer le personnel administratif du pôle (secrétaires du pôle).

[Conditions d'exercice des fonctions de chef de pôle](#)

Textes de référence

Articles R. 6146-6 et R. 6146-7

Dans les deux mois suivant leur nomination, le Directeur Général propose aux praticiens nommés en tant que chef de pôle une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions et dont la durée et le contenu sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Une indemnité de fonction est versée aux chefs de pôle. Elle est modulée en fonction de la réalisation des objectifs figurant dans le contrat de pôle. Le montant et les modalités de versement de cette indemnité sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et du budget.

[Contrat et projet de pôle](#)

► [Contrat de pôle](#)

Textes de référence

Article R6146-8 CSP

Le Directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle, après avis du président de la CME qui en vérifie la cohérence avec le projet médical, ainsi que du doyen de la faculté de médecine.

Le contrat de pôle, conclu pour quatre ans, définit les objectifs assignés au pôle, les moyens qui lui sont attribués, et les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs. À ce titre, elle constitue une véritable feuille de route pour le chef de pôle.

Le contrat de pôle définit le champ et les modalités d'une délégation de gestion accordée au chef de pôle permettant d'engager des dépenses dans les domaines suivants, sous réserve du respect de l'enveloppe des crédits délégués :

- dépenses de crédits de remplacement des personnels non permanents ;
- dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux ;
- dépenses à caractère hôtelier ;
- dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical ;
- dépenses de formation de personnel.

Il précise également le rôle du chef de pôle dans les domaines suivants :

- gestion du tableau prévisionnel des effectifs et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle ;
- gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux ;
- définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière ;
- proposition au Directeur Général de recrutement du personnel non titulaire du pôle ;
- affectation des personnels au sein du pôle ;
- organisation de la continuité des soins ;
- participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques.

Il précise, le cas échéant, les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion.

► [Projet de pôle](#)

Textes de référence

Article R6146-9 CSP

Le chef de pôle élabore un projet de pôle dans un délai de trois mois après sa nomination.

Le projet de pôle définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre

les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.

1.3.2 Structures internes des pôles d'activités cliniques et médicotechniques : services et unités fonctionnelles

La structure interne des pôles d'activités cliniques et médicotechniques est le lieu privilégié de prise en charge des patients par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques.

La structure interne, aussi dénommée « service ou unité fonctionnelle » peut comporter, au sein d'un même service, une ou plusieurs « unité(s) fonctionnelle(s) » répondant à une logique médicale ou géographique.

Les structures sont fédérées par le chef de pôle et ses collaborateurs ainsi que par le projet de pôle qui définit les missions et les responsabilités confiées aux structures internes.

Nomination et missions des chefs de service

Les chefs de service ou responsables de structures internes ou d'unités fonctionnelles sont nommés sur la base d'un projet de service par le Directeur Général sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la CME. .

Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de chef de service par décision du Directeur Général, à son initiative, après avis du président de la CME et du chef de pôle. Cette décision peut également intervenir sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la CME. Dans ce cas, le Directeur Général dispose d'un délai de trente jours à compter de la réception de la demande du chef de pôle pour prendre sa décision. A l'expiration de ce délai, la proposition est réputée rejetée.

Les chefs de service sont chargés, en lien avec les cadres de santé, de l'organisation de la prise en charge des patients au sein du service. Ils veillent à la diffusion et au retour d'informations auprès des équipes.

Ils sont reçus annuellement par le chef du pôle d'appartenance sur la base du rapport annuel d'activité du service qu'ils sont chargés d'établir.

1.3.3 Coordination générale des soins infirmiers

La coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est confiée à un directeur des soins, membre de l'équipe de direction et nommé par le Directeur Général.

1.3.4 Pôles administratifs - organigramme de direction

La direction du CHU de Saint-Etienne est organisée depuis septembre 2012 en pôles de direction. Le principe général de cette organisation consiste à coordonner les différents secteurs gestionnaires, administratifs, ou techniques, au sein de quatre Pôles de direction ainsi créés :

- Un pôle « médical-recherche-qualité-territoire-usagers »

- Un pôle « Ressources Humaines-Soins et Compétences»
- Un pôle « pilotage, analyse de gestion et système d'information»
- Un pôle « support logistique, technique et général »

L'objectif majeur consiste à simplifier et rendre plus lisible le fonctionnement de la direction du CHU, afin d'améliorer la coordination entre ses composantes et, surtout, de faciliter les relations entre services cliniques et médico-techniques et services gestionnaires.

Annexe : organigramme de direction

1.3.5 Collèges spécialisés relatifs à la qualité et à la sécurité des soins, ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers

Dans le cadre de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, l'établissement est doté de collèges spécialisés, notamment :

- La Commission Qualité Risque Sécurité (CQRIS), sous-commission de la CME
- Le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ;
- Le Comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance (CSTH) ;
- La Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ) ;
- La Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) ;
- Le Comité de lutte contre la douleur (CLUD) ;
- Le Comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) ;
- Le Comité de sécurité du médicament (CSMED) ;
- Le Comité confidentialité et information du patient;
- Le Comité d'éthique ;
- La Commission de l'Activité Libérale (CAL) ;
- Sous commissions de la CME : COPS, Commission DPC (et ses 2 volets : EPP / FMC), Commission de l'Internat, CEMH, CEB.

Le règlement intérieur de ces commissions et comités spécialisés, comprenant notamment leur composition nominative et leur fonctionnement, est disponible sur le site Intranet du CHU et mis à jour autant que de besoin.