

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Version Mars 2023

Centre hospitalier Camille Claudel

17 Rue Camille Claudel

CS 90025

16400 LA COURONNE

SOMMAIRE

❖ CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES	6
➤ SECTION 1 : LA DIRECTION ET LES INSTANCES	6
Le directeur général	6
Le conseil de surveillance	6
Le directoire	6
La commission médicale d'établissement	6
La commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques	7
Le comité social d'établissement	7
➤ SECTION 2 : LES ORGANES CONSULTATIFS SPECIALISES	12
Les commissions administratives paritaires locales	12
Le comité de liaison en alimentation et nutrition	12
➤ SECTION 3 : L'ORGANISATION INTERNE	12
L'organisation en pôles d'activité	12
➤ SECTION 4 : LE DEPARTEMENT D'INFORMATION MEDICALE	14
Le département d'information médicale	14
❖ CHAPITRE 2 : LA POLICE GÉNÉRALE DE L'ÉTABLISSEMENT	15
➤ SECTION 1 : L'ACCES ET LA CIRCULATION	15
L'accès au site	15
La circulation	16
Le stationnement	16
➤ SECTION 2 : LES MESURES DE SECURITE	16
Le contrôle des effets personnels	16
Exclusion des fauteurs de troubles	16
Fermetures des portes en fin de journée	16
➤ SECTION 3 : LES SITUATIONS REGLEMENTEES	17
Journalistes, photographes, démarcheurs	17
L'usage des téléphones portables et autres appareils sonores	17
➤ SECTION 4 : LES COMPORTEMENTS INTERDITS	17
Interdiction de fumer	17
Interdiction de consommer de l'alcool	17
Introduction de stupéfiants et de médicaments	17
Les relations sexuelles	18
Introduction d'armes	18
Protection du droit à l'image	18
La présence d'animaux	18
➤ SECTION 5 : LES SITUATIONS DE CRISE	18

❖ CHAPITRE 3 : LES RÈGLES D'ADMISSION ET DE SÉJOUR	19
<i>Dispositions communes aux hospitalisations libres et sans consentement</i>	
Soins urgents	19
Dépôt de biens et de valeurs	19
Régimes d'hospitalisation	19
Prise en charge des frais de séjour	19
Hospitalisation d'un étranger	20
Placement sous sauvegarde de justice	20
➤ <u>SECTION 1 : L'ADMISSION EN HOSPITALISATION LIBRE</u>	20
Le prononcé de l'admission	20
Le libre choix du service	20
Soins urgents	21
Sortie contre avis médical	21
Hospitalisation d'un mineur	21
Hospitalisation d'un militaire	22
Hospitalisation d'un toxicomane	22
➤ <u>SECTION 2 : L'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES A LA DEMANDE D'UN TIERS OU EN CAS DE PERIL IMMINENT</u>	23
➤ <u>SECTION 3 : L'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES SUR DECISION DU REPRESENTANT DE L'ÉTAT</u>	23
➤ <u>SECTION 4 : LES CONDITIONS DE SEJOUR DES PERSONNES HOSPITALISEES</u>	23
Accueil dans l'établissement	23
Non divulgation de la présence	23
Soins somatiques	23
Ouverture des portes – liberté d'aller et venir	24
Rencontre des médecins avec les familles	24
Visites dans les unités de soins	24
Visites effectuées par des enfants	24
Visites d'association de bénévoles	24
Introduction de denrées ou de boissons dans les services	24
Exercice du culte	25
Non-discrimination	25
Opérations postales	25
Téléphone	25
Restauration	25
Hygiène	25
Entretien du linge	26
Contention et isolement	26
➤ <u>SECTION 5 : LA SORTIE DU PATIENT</u>	26
<i>Dispositions communes aux hospitalisations libres et sans consentement</i>	26
Bulletin de sortie	26
Information du médecin traitant	26
Documents à fournir au patient au moment de sa sortie	26
Choix de la société d'ambulance par le patient au moment de sa sortie	27
Questionnaire de sortie	27
<i>Sortie des personnes hospitalisées librement</i>	27
Permissions	27
Sorties définitives	27
Transfert pour raisons médicales	27
<i>Sortie des personnes hospitalisées sans leur consentement</i>	27
➤ <u>SECTION 6 : PATIENT EN FIN DE VIE</u>	27
➤ <u>SECTION 7 : DECES DU PATIENT</u>	28
Information des proches	28
Constatation du décès	28

❖ CHAPITRE 4 : LES DROITS ET RECOURS	29
➤ SECTION 1 : LES DROITS DU PATIENT	29
Droit d'accès aux informations médicales	29
Droit au respect de la confidentialité	29
Droit au respect de la dignité	29
Droit d'exprimer ses observations	29
Droit de désigner une personne de confiance	29
Information des patients victimes d'événements indésirables	30
Information des patients hospitalisés sans leur consentement	30
➤ SECTION 2 : LES RECOURS OFFERTS AUX USAGERS	30
Dépôt de plaintes et de réclamations	30
La commission des usagers	31
➤ SECTION 3 : LE FONDS DE SOLIDARITE	31
❖ CHAPITRE 5 : DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL NON MÉDICAL	32
➤ SECTION 1 : DISPOSITIONS RELATIVES AU RESPECT DU MALADE	32
Devoir d'information du public	32
Secret professionnel	32
Obligation de discrétion professionnelle	33
Devoir général de réserve	33
Respect de la liberté de conscience et d'opinion	33
Respect du principe de laïcité et de l'obligation de neutralité	34
Respect du confort des malades	34
Exigence d'une tenue correcte	35
Identification vis-à-vis des interlocuteurs	35
Accueil et respect du libre choix des familles	35
➤ SECTION 2 : DISPOSITIONS RELATIVES AU COMPORTEMENT PROFESSIONNEL	35
Obligation de désintéressement et de déclaration d'intérêts	35
Cumul d'activité (à titre dérogatoire) et exercice d'activités privées par des agents publics ayant cessé leurs fonctions	36
Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou espèces	37
Exécution des instructions reçues	37
Droit de grève, assignations	37
Assiduité et ponctualité	38
Information du supérieur hiérarchique	38
Obligation de signalement des incidents ou risques	38
Témoignage en justice ou auprès de la police	38
Bon usage des biens de l'hôpital	38
Bonne utilisation du système d'information	39
Obligation de déposer les biens confiés par les malades	39
Respect des règles d'hygiène et de sécurité	39
Dispositions relatives à la violence au travail	39
➤ SECTION 3 : DROITS DU PERSONNEL	40
Liberté d'opinion – Non-discrimination	40
Protection contre le harcèlement	41
Liberté d'expression	41
Liberté syndicale – Droit de grève	41
Protection organisée des fonctionnaires	41
Droit d'accès à son dossier administratif et médical	42
Droit aux congés	42
Droit à la formation	42
Santé et sécurité des conditions de travail	42

➤ SECTION 4 : DISPOSITIONS RELATIVES A L'ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL	45
Organisation du temps de travail	45
❖ CHAPITRE 6 : DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL MÉDICAL	47
Déontologie médicale	47
Praticiens	48
Dispositions spécifiques aux pharmaciens gérant une pharmacie à usage intérieur	48
Continuité des soins et permanence pharmaceutique	48
Internes	49
Cumul d'activité des personnels médicaux et pharmaceutiques	49
Présence des visiteurs médicaux sur le site du centre hospitalier Camille Claudel	49
❖ CHAPITRE 7 : DISPOSITIONS DIVERSES	51
Mise à disposition du règlement intérieur	51
Mise à jour du règlement intérieur	51
➤ ANNEXES	
❖ Annexe 1 : Charte de l'utilisateur du système d'information	
❖ Annexe 2 : Charte de l'administrateur informatique	
❖ Annexe 3 : Charte du prestataire et du fournisseur informatique	



**Ce règlement intérieur s'applique à l'ensemble de l'entité juridique,
y compris le secteur médico-social.**

❖ CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

SECTION 1 – LA DIRECTION ET LES INSTANCES

Article 1 :

Le directeur général

Ses missions sont prévues aux articles L6143-7 et suivants du code de la santé publique.

- **INSTANCE DE DELIBERATION**

Article 2 :

Le Conseil de surveillance (CS)

L'organisation et les missions du Conseil de surveillance sont prévus aux articles L6143-1 et suivants du code de la santé publique.

- **INSTANCE DE REFLEXION STRATEGIQUE**

Article 3 :

Le directoire

L'organisation et les missions du Directoire sont prévus aux articles L6143-7-4 et suivants du code de la santé publique.

- **INSTANCES DE CONSULTATIONS**

Article 4 :

La commission médicale d'établissement (CME)

Le rôle du Président de la CME prévu à l'article L6143-7-3 du code de la santé publique. Les missions et règles de fonctionnement de la CME sont quant à elles prévues aux articles R6144-1 et suivants du code de la santé publique.

Article 5 :

La commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

Les missions et règles de fonctionnement de la CSIRMT sont prévues aux articles R6146-10 et suivants du code de la santé publique.

Article 6 :

Le Comité Social d'Etablissement (CSE)

Cette instance est régie par les dispositions du décret 2021-1570 du 03 décembre 2021. Elle s'est réunie pour la première fois dans l'établissement en janvier 2023.

Le CSE est l'instance de représentation du personnel, il est chargé de l'examen des questions collectives de travail ainsi que des conditions de travail. Il débat annuellement sur la programmation des travaux de l'instance et l'évolution des politiques des ressources humaines.

Le nombre de représentant se fait en fonction de l'effectif. Pour cela sont pris en compte pour le calcul des effectifs :

- Les fonctionnaires titulaires en activité, en congé parental, accueillis en détachement ou en mise à disposition ;
- Les fonctionnaires stagiaires en position d'activité ou en congé parental ;
- Les agents contractuels ;
- Les agents mis à disposition des organisations syndicales ;
- Les agents mis à disposition ou détachés auprès d'un GIP ou d'une autorité publique indépendante.

(L'effectif est apprécié au 1er janvier 2022)

On compte dix représentants titulaires du CSE, et le nombre de représentant suppléants du CSE est égal au nombre de représentants titulaires.

I. Les attributions du CSE

Le CSE débat sur :

- La programmation des travaux de l'instance ;
- L'évolution des politiques des ressources humaines lors de la présentation du rapport social unique.

Le CSE connaît des questions relatives :

- Aux orientations stratégiques de l'établissement ;
- A l'accessibilité des services et à la qualité des services rendus ;
- Aux orientations stratégiques sur les politiques des ressources humaines ;
- Aux enjeux et politiques d'égalité professionnelle et de lutte contre les discriminations ;
- Aux lignes directrices de gestion en matière de promotion et de valorisation des parcours professionnels ;
- A la protection de la santé physique et mentale ;
- A la sécurité des agents dans leur travail, et l'organisation du travail.

Le CSE est consulté sur :

- Le règlement intérieur ;
- Le plan de redressement ;
- Le Plan Global de Financement Pluriannuel ;
- L'accessibilité des services et la qualité des services rendus ;
- L'organisation interne de l'établissement ;
- Les projets de réorganisation de service ;
- La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences, notamment le plan de formation ;
- Les projets de délibération du conseil de surveillance ;
- Les projets d'aménagements importants 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 ;
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et des étudiants.

Il est informé sur :

- La situation budgétaire de l'établissement ;
- Le Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens ;
- Le budget prévu à l'article L.6145-1 du code de la santé publique.

II. Le fonctionnement du CSE

Le CSE est présidé par le directeur de l'établissement qui peut être suppléé par un membre du corps des personnels de directions de l'établissement. Il élit parmi ses membres titulaires un secrétariat et un secrétaire suppléant et fixe la durée de leurs mandats.

Un agent, désigné par le directeur d'établissement assiste aux réunions de ces instances et en assure le secrétariat administratif.

L'ordre du jour accompagné de la convocation, tous deux fixés par le président, sont adressés aux membres du CSE au moins quinze jours avant la séance (ou 8 jours en cas d'urgence).

Les membres suppléants peuvent assister aux séances de l'instance dans la limite d'un représentant par organisation syndicale au sein de laquelle ils exercent leur suppléance, sans pouvoir prendre part aux débats.

Seuls les représentants des personnels titulaires participent au vote, les instances émettent leur avis à la majorité des présents.

Le secrétaire du comité social d'établissement est consulté préalablement à la définition de l'ordre du jour et peut proposer l'inscription de points à l'ordre du jour. Doivent notamment y être inscrits les points entrant dans la compétence du comité dont l'examen a été demandé par la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

Toutes les pièces et documents nécessaires à l'accompagnement de leurs fonctions sont communiquées aux membres titulaires et suppléants au plus tard huit jours avant la date de la séance.

Après chaque réunion, il est établi un procès-verbal comprenant le compte-rendu des débats et le détail des votes. Ce document est signé par le président et par le secrétaire et transmis dans un délai d'un mois à ses membres. Ce procès-verbal est soumis à l'approbation des membres du comité social d'établissement lors de la séance suivante.

La durée du mandat des représentants du personnel est fixée à quatre ans renouvelable. Seuls les représentant du personnel prennent part au vote. Ce dernier se fait sur place, en instance.

Le CSE se réunit au moins une fois par trimestre sur convocation du président, à son initiative ou sur demande écrite de la moitié au moins des représentant titulaires du personnel.

Organisation des réunions :

Le CSE se réunit :

- Sur convocation du président, à son initiative ;
- Ou dans le délai maximum d'un mois, sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

En plus des réunions périodiques, le directeur doit organiser des réunions extraordinaires dans certaines situations.

- Réunion à la demande de la majorité des membres du CSE ;
- Réunion à la demande de 2 membres du CSE sur la santé, sécurité, conditions de travail

Lorsqu'un projet ou une question recueille un vote défavorable unanime de la part des membres du CSE, 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 supérieurs à trente jours. Le CSE siège alors valablement que soit le nombre de représentant du personnel présents.

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

Les projets élaborés et les avis émis par le CSE sont portés par l'administration, par tout moyen approprié, à la connaissance du personnel en fonction dans l'établissement dans un délai d'un mois.

Les avis émis par le CSE sont portés par le président à la connaissance du conseil de surveillance de l'établissement. Le CSE, doit dans un délai de 2 mois, être informé des suites données à ses avis ou propositions.

Sur présentation de leur convocation, les représentants du personnel titulaires et suppléants, membres des CSE se voient accorder une autorisation d'absence lorsqu'ils sont appelés à siéger dans les instances sauf si leur présence en service est indispensable pour assurer la continuité du service. La durée de l'autorisation d'absence comprend, outre les délais de route, une durée de temps égale au double de la durée prévisible de la réunion, destinée à permettre aux intéressés d'assurer la préparation et le compte-rendu des travaux.

III. La formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et des conditions de travail (F3SCT)

Seul le CSE est consulté sur une question ou un projet relevant de ses attributions et qui aurait pu également relever de la formation spécialisée.

La formation spécialisée, présidée par le président du CSE, est obligatoirement consultée si le président du CSE inscrit à l'ordre du jour un projet de texte ou une question non encore examinée. L'ordre du jour et la convocation sont communiqués par le président aux représentants du personnel à la formation spécialisée, afin qu'ils puissent y participer. Elle se réunit au moins une fois par trimestre, selon l'ordre du jour fixé par le président et adressé aux membres (titulaires et suppléants).

La formation spécialisée comprend des représentants de l'administration et des représentants des agents de l'établissement et sont désignés par les représentants du personnel, titulaires ou suppléants du CSE. Les suppléants de chaque formation spécialisée sont librement désignés par les organisations syndicales siégeant au CSE qui satisfont aux conditions d'éligibilité.

Le nombre de représentant du personnel titulaire est égal au nombre de représentants du personnel titulaires dans le CSE, auquel s'ajoute un représentant des personnel médecins pharmaciens et odontologistes en tant que membres titulaires et membres suppléants.

Des personnes qualifiées, sans voix délibérative ni droit de vote, peuvent être convoquées sur un point précis, soit à l'initiative du président, soit à la demande des membres titulaires et, dans ce dernier cas, il doit donner son accord au plus tard 48 heures avant l'instance sur leur nombre et identités.

Les agents de contrôle de l'inspection du travail sont informés de toutes les réunions de la formation spécialisée du CSE.

Les projets élaborés et les avis émis par les formations spécialisées sont portés par l'administration à la connaissance du personnel en fonction dans l'établissement dans un délai d'un mois, par tout moyen approprié. La formation spécialisée est informée dans un délai de deux mois des suites données à ses avis ou propositions.

Chacun des représentants du personnel à la F3SCT bénéficie du temps nécessaire à l'exercice de ses fonctions d'au moins quinze heures par mois.

Désignation des représentants du personnel des F3SCT :

- Personnels non médicaux :

Les représentants du personnel titulaires sont désignés parmi les représentants du personnel, titulaires ou suppléants, du CSE. Les suppléants sont désignés librement par les organisations syndicales siégeant au CSE.

- Personnels médicaux :

Les représentants titulaires et suppléants sont désignés par la commission médicale d'établissement (CME) en son sein par un vote.

La F3SCT procède à une enquête :

- En cas d'accident de service grave ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel grave ayant entraîné mort d'homme ou paraissant devoir entraîner une incapacité permanente ou ayant relevé l'existence d'un danger grave, même si les conséquences ont pu en être évitées.

- En cas d'accident de service ou de travail ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel présentant un caractère répété à un même poste de travail ou à des postes similaires ou dans une même fonction ou des fonctions similaires.

Les enquêtes sont réalisées par la délégation.

La F3SCT est consultée :

- Lors d'un signalement d'un danger grave et imminent

Le représentant du personnel de la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail qui constate qu'il existe une cause de danger grave et imminent pour la santé ou la sécurité des agents lors de l'exercice de leurs fonctions, notamment par l'intermédiaire d'un agent, en alerte immédiatement le directeur d'établissement, et consigne cet avis dans le registre spécial. Le directeur d'établissement procède immédiatement à une enquête avec le représentant de la formation spécialisée qui lui a signalé le danger et prend les dispositions nécessaires pour y remédier. Il informe la formation spécialisée des décisions prises.

En cas de divergence sur la réalité du danger grave et imminent pour la santé ou la sécurité des agents ou la façon de le faire cesser, la formation spécialisée compétente est réunie d'urgence, dans un délai n'excédant pas 24 heures. L'agent de contrôle de l'inspection du travail est informé de cette réunion et peut y assister.

Après avoir pris connaissance de l'avis émis par la formation spécialisée, le directeur de l'établissement arrête des mesures à prendre. A défaut d'accord entre le directeur de l'établissement et la formation spécialisée sur les mesures à prendre et leurs conditions d'exécution, l'agent de contrôle de l'inspection du travail est saisi.

De la même manière que le CSE, le PV qui relate les débats et détails des votes, doit être signé par le président et le secrétaire et transmis sous un mois à ses membres. Il sera soumis pour approbation à la séance suivante.

La formation spécialisée se réunit au moins une fois par trimestre selon l'ordre du jour fixé par le président et adressé aux membres.

Les projets élaborés et les avis émis par les formations spécialisées sont portés par l'administration à la connaissance du personnel en fonction dans l'établissement dans un délai d'un mois, par tout moyen approprié. La formation spécialisée sera informée ensuite dans un délai de deux mois des suites données à ses avis ou propositions.

Les représentants du personnel, membres titulaires et suppléants des formations spécialisées bénéficient d'une formation en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail d'au moins cinq jours au cours de leur mandat, renouvelée à chaque mandat.

SECTION 2 – LES ORGANES CONSULTATIFS SPÉCIALISÉS

Article 7 :

Les commissions administratives paritaires locales (CAPL)

L'organisation et le fonctionnement des CAPL sont prévus par le décret 2003-655 du 18 juillet 2003.

Article 8 :

Le comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN)

L'organisation et le fonctionnement du CLAN sont prévus par la circulaire DHOS/E1 n°2002-186 du 29 mars 2002.

SECTION 3 – L'ORGANISATION INTERNE

L'organisation en pôles d'activité

Article 9 :

Le centre hospitalier Camille Claudel a adopté l'organisation en pôles d'activité suivante :

- **3 pôles cliniques :**

- ❖ **Pôle accueil, orientation, addictions et autisme**
- ❖ **Pôle de santé mentale adultes**
- ❖ **Pôle de santé mentale enfants et adolescents**

- **1 pôle médico-technique :**

- ❖ **Pôle pharmacie, hygiène et médecine générale**

- **1 pôle administratif**

Les pôles d'activité sont composés, d'une part, de services, de départements et d'unités fonctionnelles ou de toutes autres structures de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que, d'autre part, des services, unités, départements ou structures médico-techniques qui leur sont associés.

Dans les pôles cliniques et médico-techniques, le chef de pôle est nommé par décision conjointe du directeur et du président de la CME

Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle. Pour les pôles cliniques et médico-techniques, ce contrat est signé conjointement par le directeur et le président de CME.

Le chef de pôle d'activité cliniques ou médico-techniques met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs du pôle dans le respect des missions et responsabilités des services, des unités fonctionnelles, des départements ou des autres structures prévues par le projet de pôle.

Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur de l'établissement.

Ce collaborateur l'assiste pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de sa compétence. Le chef de pôle dispose également de l'assistance des directions fonctionnelles dans leur domaine respectif.

Un directeur adjoint référent de pôle est désigné par le directeur pour participer aux conseils de pôle, être le relais auprès des différentes directions fonctionnelles des projets du pôle et apporter une aide au pilotage du pôle.

Un projet de pôle est élaboré sous la responsabilité du chef de pôle de façon participative. Il définit les missions et responsabilités confiées aux structures internes, 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.

Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle qui définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués.

Il fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs.

Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle. Le contrat de pôle des pôles d'activité clinique et médico-technique est également signé par le président de la CME qui en vérifie la cohérence avec le projet médico-soignant.

Le contrat de pôle fixe les engagements réciproques des parties concernant les objectifs du pôle, les moyens mis à sa disposition, les indicateurs de suivi de son activité, les modalités d'intéressement éventuel aux résultats et le périmètre de la délégation de gestion.

Le contrat de pôle est conclu pour une durée de 4 ans. Il est complété ou modifié par voie d'avenant chaque année dans le cadre du dialogue contractuel.

Les services constituent l'échelon de référence en matière d'organisation, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement de proximité des équipes médicales et paramédicales, d'encadrement des internes et des étudiants en santé ainsi qu'en matière de qualité de vie au travail.

Ils sont dirigés par un chef de service, responsable de structure interne, en étroite collaboration avec le cadre de santé.

Le chef de service est nommé par décision conjointe du directeur d'établissement et du président de la commission médicale d'établissement sur proposition du chef de pôle.

La durée du mandat des chefs de pôle et des chefs de service est fixée par décret.

Le chef de service et le cadre de santé organisent la concertation interne et favorisent le dialogue avec l'encadrement et les personnels médicaux et paramédicaux du service.

SECTION 4 – LE DEPARTEMENT D'INFORMATION MEDICALE (DIM)

Le département d'information médicale

Article 10 :

Le département d'information médicale est chargé d'organiser le recueil de l'activité médicale puis d'en effectuer le traitement. Les données issues de ce traitement sont ensuite transmises aux pôles de soins, à la direction des finances et à l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH).

Missions :

- Organiser, contrôler et recueillir l'activité afin de télétransmettre cette dernière à l'ATIH. Pour cela, le DIM intervient auprès des équipes pour adapter la codification des actes à l'activité réelle des unités de soins ;
- Assurer la formation des utilisateurs au logiciel de saisie de l'activité et du dossier patient informatisé ;
- Apporter un appui technique aux équipes, notamment en étudiant des domaines plus précis de leur activité ;
- Apporter son analyse de l'activité aux différents services soignants et administratifs concernés en contribuant ainsi à leurs choix stratégiques ;
- Veiller au développement du dossier patient papier et informatisé ainsi qu'à ses conditions de communication et d'archivage ;
- Veiller à la confidentialité des données concernant le patient, conformément aux recommandations de la Commission Nationale Informatique et Liberté.

❖ CHAPITRE 2 : LA POLICE GÉNÉRALE DE L'ÉTABLISSEMENT

Le directeur d'un établissement public de santé est l'autorité compétente pour assurer la police générale de l'établissement.

SECTION 1 – L'ACCÈS ET LA CIRCULATION

L'accès au site

Article 11 :

Le site d'hospitalisation complète du centre hospitalier Camille Claudel constitue un lieu de soins spécialisé dont l'accès est limité aux patients et aux personnes qui viennent leur rendre visite. Il ne constitue pas un lieu de promenade.

Article 12 :

Le centre hospitalier Camille Claudel dispose d'un service accueil et sécurité qui a une mission générale de surveillance du site et de prévention des actes de malveillance qui pourraient s'y commettre.

Le site principal est équipé d'un système de vidéo-protection conforme à la réglementation existante.

Les agents de ce service peuvent intervenir auprès d'individus causant des désordres dans l'établissement ou suspectés d'en commettre.

Ils peuvent également demander à toutes personnes de justifier des raisons de leur présence sur le site.

De plus, ils peuvent être appelés en renfort par le personnel soignant ou administratif et technique qui se trouverait en difficulté.

Ainsi, l'accès au site d'hospitalisation est soumis à contrôle et toute personne se présentant à l'entrée doit s'y soumettre. Cet accès peut être autorisé si la personne qui se présente peut justifier du motif qui l'amène.

Article 13 :

Tout véhicule qui se présente à la barrière d'accès et qui a fait l'objet d'un signalement quant au comportement du ou des occupants doit être refoulé y compris avec le concours des forces de police.

Article 14 :

Pour accéder sur le site de l'établissement, les membres permanents du personnel disposent d'un badge d'accès qu'ils doivent utiliser.

Les personnels recrutés pour une courte durée disposent quant à eux d'un badge d'accès provisoire, valable pour une période déterminée, qu'ils doivent présenter au personnel du service accueil et sécurité.

La circulation

Article 15 :

Les règles du Code de la Route s'appliquent pour la circulation automobile sur le site.

Article 16 :

Sur l'ensemble du site et quel que soit l'aménagement des voies de circulation, la priorité est donnée aux piétons. La vitesse maximum autorisée est de 30 km/h. La responsabilité personnelle des conducteurs sera engagée en cas d'accident.

Le stationnement

Article 17 :

Pour des raisons de sécurité (accès des secours...), le stationnement des véhicules est interdit au milieu des voies de circulation et contre les murs en dehors des emplacements prévus à cet effet.

SECTION 2 – LES MESURES DE SÉCURITÉ

Le contrôle des effets personnels

Article 18 :

Sur le plan des principes, les contrôles des effets personnels des patients sont prohibés par la loi. Toutefois à titre dérogatoire, ils peuvent être envisagés en vue de protéger la sécurité des patients et du personnel en référence aux directives contenues dans le fascicule d'organisation et de fonctionnement.

Dans tous les cas, le consentement du patient doit être recherché.

Exclusion des fauteurs de troubles

Article 19 :

Tout visiteur qui cause des troubles sur le site d'hospitalisation, à l'intérieur ou à l'extérieur des bâtiments et perturbe tant les patients que les membres du personnel, doit être considéré comme indésirable et quitter le site si besoin avec le concours de la Force Publique.

L'autorité judiciaire pourra le cas échéant être informée de son comportement.

Article 20 :

Lorsqu'un patient, dûment averti, cause des désordres persistants, le directeur prend, avec l'avis du médecin responsable de la structure médicale concernée, toutes les mesures appropriées, y compris éventuellement l'exclusion de l'intéressé si celle-ci n'est pas préjudiciable à la santé de ce dernier.

Fermeture des portes en fin de journée

Article 21 :

Toutes les portes des bâtiments, dont les pavillons d'hospitalisation, doivent être fermées en fin de journée ; un contrôle systématique est réalisé en début de soirée par un agent de l'équipe accueil et sécurité.

SECTION 3 – LES SITUATIONS RÉGLEMENTÉES

Journalistes, photographes, démarcheurs

Article 22 :

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas accès auprès des patients, sauf accord de ceux-ci et autorisation écrite donnée par le directeur, après avis du responsable médical concerné. Sans cette autorisation, ces personnes ne pourront franchir la barrière d'entrée.

L'usage des téléphones portables et autres appareils sonores

Article 23 :

Après accord de l'équipe soignante, les patients pourront utiliser les récepteurs de radio ou autres appareils sonores à condition de ne pas troubler le repos et la tranquillité des autres patients.

Article 24 :

L'usage des téléphones portables est toléré avec l'accord de l'équipe soignante en respectant la tranquillité des autres patients. L'utilisation des téléphones portables comme appareil photo, outil d'enregistrement sonore ou vidéo est interdite dans les services de soins.

Le non-respect de ces principes amènera le dépôt de l'appareil, qui pourra être récupéré lors de la sortie du patient propriétaire.

SECTION 4 – LES COMPORTEMENTS INTERDITS

Interdiction de fumer

Article 25 :

Le centre hospitalier se positionne clairement contre le tabagisme (tabac et cigarettes électronique) et incite patients et professionnels à arrêter de fumer ou à réduire drastiquement leur consommation. Il est strictement interdit de fumer à l'intérieur des bâtiments ainsi que dans tous les véhicules de l'établissement. Cette interdiction s'applique aussi bien aux patients qu'au personnel.

Cette interdiction s'applique également pour tous les espaces extérieurs dans les structures de pédopsychiatrie.

Interdiction de consommer de l'alcool

Article 26 :

Il est strictement interdit de consommer de l'alcool à l'intérieur des bâtiments. Cette interdiction s'applique aussi bien aux patients qu'au personnel. Cette interdiction s'entend même en dehors du temps de travail ou pour des occasions « personnelles » (pots de départ).

Introduction de stupéfiants et de médicaments

Article 27 :

Aucun médicament ne doit être introduit dans l'établissement par les patients ou par les visiteurs sauf accord médical.

Article 28 :

Conformément à la réglementation, la détention et l'usage de substances classées comme stupéfiants sont interdits.

Les produits concernés seront confisqués et remis à la police.

Les relations sexuelles

Article 29 :

Les relations sexuelles ne sont pas interdites à condition de respecter la discrétion requise et le consentement mutuel.

Introduction d'armes

Article 30 :

Les armes à feu détenues par les patients lors de leur admission feront l'objet d'une remise immédiate aux services de Police qui seront contactés pour venir s'en saisir.

Article 31 :

Les armes blanches seront également remises aux services de Police, à savoir :

- Tous objets susceptibles de constituer une arme dangereuse pour la Sécurité Publique et notamment les baïonnettes, sabre-baïonnette, poignards, couteaux-poignards, matraques, casse-tête cannes à épées, cannes plombées et ferrées, arbalètes, fléaux japonais, étoiles de jets, coups de poing américains, lance-pierres de compétition, projecteurs hypodermiques.
- Générateurs d'aérosol incapacitant ou lacrymogène.

Article 32 :

En aucun cas la procédure de dépôts des biens ne peut être utilisée pour des objets définis comme des armes par la loi.

Protection du droit à l'image

Article 33 :

Il est interdit, pour les patients et les visiteurs, de prendre des photos ou de réaliser des vidéos dans l'hôpital sans l'accord écrit de la personne photographiée ou filmée afin de préserver la protection du droit à l'image et le respect de la vie privée.

Cette interdiction s'applique également aux personnels sauf autorisation expresse de la Direction dans le cadre de la réglementation existante.

La présence d'animaux

Article 34 :

La présence d'animaux est interdite dans les locaux et sur le site de l'hôpital, des dérogations peuvent être apportées dans le cadre du projet thérapeutique après accord du directeur sur avis du médecin et du président du CLIN.

SECTION 5 – LES SITUATIONS DE CRISE

Article 35 :

L'établissement dispose d'une organisation lui permettant de mobiliser immédiatement les moyens nécessaires pour répondre à toute situation de crise de nature sanitaire ou autre conformément à la loi.

❖ CHAPITRE 3 : LES RÈGLES D'ADMISSION ET DE SÉJOUR

Dispositions communes aux hospitalisations libres et sans consentement

Soins urgents

Article 36 :

Lorsqu'un agent de l'établissement constate que l'état d'un patient requiert des soins urgents nécessitant des moyens et un plateau technique dont l'établissement ne dispose pas, il contacte sans délai le centre 15.

Article 37 :

Toutes mesures utiles sont prises pour que la famille des patients hospitalisés en urgence soit prévenue, sauf refus connu ou valablement exprimé par l'intéressé.

Dépôt de biens et de valeurs

Article 38 :

Lors de son admission, le patient est invité à effectuer auprès de l'administration de l'établissement le dépôt des sommes d'argent et des objets de valeurs et tout autre objet déposable qui sont en sa possession.

Si le patient est incapable (du fait de sa pathologie) de procéder aux formalités de dépôts, c'est-à-dire s'il est hors d'état de manifester sa volonté, un inventaire contradictoire de l'ensemble des objets dont il est porteur est dressé par les soignants du service concerné. L'imprimé prévu à cet effet est établi par les soignants et signé par la personne qui aura effectué l'inventaire et par le témoin présent. La présence de deux personnes est obligatoire.

Article 39 :

Les biens des majeurs protégés, hospitalisés dans l'établissement sont administrés dans les conditions prévues par les titres XI et XII du Livre 1^{er} du code civil.

Régimes d'hospitalisation

Article 40 :

Deux régimes d'hospitalisation sont disponibles :

- le régime commun qui n'entraîne aucune majoration des frais de séjour ;
- le régime particulier qui consiste en l'attribution d'une chambre particulière pour convenances personnelles sauf si l'organisation du service ne le permet pas ou si l'évaluation médicale n'y est pas favorable.

Ce second régime s'accompagne d'un surcoût à la charge de la mutuelle du patient. A défaut de mutuelle, aucun surcoût n'est facturé au patient.

Prise en charge des frais de séjour

Article 41 :

Les bénéficiaires des différents régimes de sécurité sociale, y compris les bénéficiaires de la Protection Universelle Maladie (PUMa) et de la Complémentaire santé Solidaire (CSS), doivent, lors de leur admission, fournir tous documents nécessaires à l'obtention par l'établissement de la prise en charge des frais d'hospitalisation par l'organisme de sécurité sociale dont ils relèvent.

Article 42 :

Les titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre bénéficient de la gratuité des soins en ce qui concerne exclusivement les accidents et complications résultant de la blessure ou de la maladie qui ouvre droit à pension.

Hospitalisation d'un étranger**Article 43 :**

Les étrangers, y compris en situation irrégulière, sont admis dans l'établissement dans les mêmes conditions que les ressortissants français.

La facturation des frais de séjour sera assurée selon le régime applicable (conventions internationales, couverture sociale du pays d'origine, aide médicale d'Etat).

Placement sous sauvegarde de justice**Article 44 :**

Les patients peuvent être placés sous sauvegarde de justice dans les conditions prévues à l'Article L3211-6 alinéa 2 du code de la santé publique.

SECTION 1 – L'ADMISSION EN HOSPITALISATION LIBRE

Le prononcé de l'admission**Article 45 :**

L'admission dans l'établissement est prononcée par le directeur ou son représentant dûment habilité sur avis d'un médecin de l'établissement.

Elle est décidée, hors les cas d'urgence reconnus par le médecin ou l'interne de garde de l'établissement, sur présentation d'un certificat d'un médecin traitant attestant la nécessité du traitement hospitalier.

Le libre choix du service**Article 46 :**

Conformément à la législation en vigueur, toute personne hospitalisée ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence dans la limite des possibilités d'accueil.

Hors les cas d'urgence, conformément au décret du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale, le praticien hospitalier reçoit la personne et lorsque pour des raisons professionnelles ou personnelles, il estime ne pouvoir dispenser ses soins, il doit en avvertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci ou à défaut, à un de ses confrères, des informations utiles à la poursuite des soins.

Pour toute personne demandant à être hospitalisée, il doit être procédé à un examen médical par un praticien hospitalier ou par un interne, qu'il y ait ou non une hospitalisation.

Soins urgents

Article 47 :

Si l'état d'un patient réclame des soins urgents, le directeur ou son représentant doit prononcer l'admission, même en l'absence de toute pièce d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement ; plus généralement, il prend toutes mesures pour que ces soins urgents soient assurés.

Sortie contre avis médical

Article 48 :

Tout patient dont l'admission est prononcée et qui refuse de rester dans l'établissement, alors que le médecin juge son hospitalisation nécessaire, doit signer une attestation traduisant expressément ce refus ; à défaut, un procès-verbal de refus est dressé. Selon les circonstances, une hospitalisation sans consentement peut être envisagée. Et, en application d'une jurisprudence constante, le patient peut être retenu le temps strictement nécessaire pour conduire la procédure à bonne fin.

Hospitalisation d'un mineur

Article 49 :

L'admission d'un mineur est prononcée, sauf en cas d'urgence, à la demande des personnes exerçant l'autorité parentale ou de l'autorité judiciaire.

Lorsqu'il s'agit d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance, l'admission est prononcée à la demande de ce service sauf si le mineur lui a été confié par une personne exerçant l'autorité parentale.

Article 50 :

Si lors de l'admission d'un mineur, il apparaît que l'autorisation écrite de pratiquer les soins ne pourrait en cas de besoin être obtenue des titulaires de l'autorité parentale dans un délai raisonnable, ceux-ci doivent, dès l'admission du mineur, signer une autorisation de pratiquer les actes de soins nécessaires.

Dans le cas où le père, la mère ou le tuteur légal est en mesure de donner une autorisation écrite dans un délai raisonnable, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'un traitement se révèle nécessaire.

Conformément à l'article L1111-5 du code de la santé publique, le mineur peut s'opposer à la communication des informations relatives à son état de santé aux titulaires de l'autorité parentale.

Article 51 :

En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal du mineur ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucun traitement hors les cas d'urgence.

Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable de la structure médicale concernée

peut saisir le procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

Article 52 :

En cas de désaccord entre les détenteurs de l'autorité parentale, l'un d'entre eux peut saisir le juge aux affaires familiales afin qu'il tranche leur divergence.

Il est également possible, pour un tiers, parent ou non, d'informer le Procureur de la République de cette situation. Ce dernier aura alors la possibilité de saisir lui-même le juge aux affaires familiales.

Article 53 :

Sous réserve d'éventuelles décisions de l'autorité judiciaire les mineurs ne peuvent être confiés, pour les sorties en cours d'hospitalisation, qu'aux titulaires de l'autorité parentale et aux tierces personnes expressément autorisées par ceux-ci.

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

Hospitalisation d'un militaire

Article 54 :

Si le directeur est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission à l'autorité militaire ou, à défaut, à la gendarmerie.

Hospitalisation d'un toxicomane

Article 55 :

Les toxicomanes qui se présentent spontanément dans l'établissement afin d'y être traités peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission.

Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants.

Ces personnes peuvent demander aux médecins qui les ont traitées un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement.

Article 56 :

L'admission et le départ des personnes auxquelles l'autorité judiciaire ou l'autorité sanitaire ont enjoint de se soumettre à une cure de désintoxication ont lieu dans les conditions prévues par les articles L3413-1 à L3413-3 du code de la santé publique.

SECTION 2 – L'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES À LA DEMANDE D'UN TIERS OU EN CAS DE PÉRIL IMMINENT

Article 57 :

La procédure d'admission et de gestion de ces dossiers est prévue dans la gestion documentaire de l'établissement.

SECTION 3 – L'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES SUR DÉCISION DU REPRÉSENTANT DE L'ÉTAT

Article 58 :

La procédure d'admission et de gestion de ces dossiers est prévue dans la gestion documentaire de l'établissement.

SECTION 4 – LES CONDITIONS DE SÉJOUR DES PERSONNES HOSPITALISÉES

Accueil dans l'établissement

Article 59 :

Trois unités du pôle d'Accueil, Orientation, Addiction et Autisme ont particulièrement vocation à assurer l'accès au dispositif départemental de soins.

Il s'agit :

- de l'unité d'accueil et d'orientation située juste avant l'entrée du centre hospitalier Camille Claudel,
- du centre d'accueil « Lieu-dit » situé dans Angoulême
- de l'Unité de Consultation Médico-Psychologique (UCMP) implantée dans les locaux du centre hospitalier d'Angoulême.

Les Centres Médico-Psychologiques (CMP) constituent également des portes d'entrée dans le dispositif de soins.

Article 60 :

En cas d'hospitalisation, dès son arrivée dans l'établissement ou, en tout état de cause, dès que son état le permet, chaque personne hospitalisée reçoit un livret d'accueil contenant toutes les informations qui lui seront utiles pendant son séjour.

Article 61 :

Les patients doivent être informés par tout moyen adéquat du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins.

Non divulgation de la présence

Article 62 :

A l'exception des mineurs soumis à l'autorité parentale et à condition qu'ils ne demandent pas le secret sur leur état de santé, aucune indication n'est donnée à un tiers sur la présence ou non d'un patient dans l'établissement sans avoir préalablement obtenu son accord exprès.

Soins somatiques

Article 63 :

Les patients doivent recevoir les soins somatiques requis par leur état. A cet effet, une présence permanente est assurée par les médecins généralistes et les internes de l'établissement. Un examen somatique doit être pratiqué dans un délai de 24 heures après l'admission

Ouverture des portes – liberté d’aller et de venir

Article 64 :

La liberté d’aller et de venir constitue le mode de fonctionnement normal des unités de soins. Toutefois, en raison de la population accueillie, des restrictions peuvent y être apportées.

Article 65 :

Les personnes admises en hospitalisation libre qui souhaitent se déplacer dans la journée dans l’établissement, doivent en informer un membre du personnel soignant ; elles doivent être vêtues d’une tenue décente. La nuit, les personnes hospitalisées doivent s’abstenir de tout déplacement hors du service, sauf motif particulier.

Rencontres des médecins avec les familles

Article 66 :

Les familles des personnes hospitalisées sont reçues dans chaque service soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures de visite.

Visites dans les unités de soins

Article 67 :

Les horaires des visites sont portés à la connaissance des patients et de leur famille par tout moyen approprié. Toutefois, sur décision du responsable médical concerné, les visites peuvent être interdites.

Des dérogations à ces horaires peuvent être autorisées avec l’accord du médecin responsable de la structure médicale concernée.

Sur avis conforme du médecin, la présence d’un accompagnant peut être autorisée hors des heures de visite. Les malades peuvent demander au cadre infirmier du service de ne pas permettre aux personnes qu’ils désigneront d’avoir accès auprès d’eux.

Visites effectuées par des enfants

Article 68 :

La présence des enfants dans les unités de soins n’est pas souhaitable. En tout état de cause, ils doivent être accompagnés par un adulte et le personnel doit être informé de leur présence.

Visites d’associations de bénévoles

Article 69 :

Les associations et organismes qui envoient auprès des malades des visiteurs bénévoles doivent préalablement obtenir l’agrément du directeur, après avis du responsable médical concerné.

Introduction de denrées ou de boissons dans les services

Article 70 :

Le cadre de santé du service doit s’opposer, dans l’intérêt du patient, à la remise à celui-ci de denrées ou boissons même non alcoolisées qui ne sont pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit.

Exercice du culte

Article 71 :

Le centre hospitalier Camille Claudel respecte le principe de la laïcité. Afin de respecter les croyances des patients, les ministres du culte des différentes confessions peuvent être appelés à la demande d'un patient. Une aumônerie catholique située près de la chapelle est à sa disposition. Elle peut également être contactée par l'intermédiaire du personnel soignant. Une célébration hebdomadaire se déroule à la chapelle.

Non-discrimination

Article 72 :

L'établissement veille à permettre un égal accès aux soins à toute personne dont l'état de santé le nécessite.

Aucune personne ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins.

Opérations postales

Article 73 :

Le vaguemestre est à la disposition des personnes hospitalisées pour toutes les opérations postales.

Téléphone

Article 74 :

Les personnes hospitalisées ont la possibilité de passer ou de recevoir des communications téléphoniques dans la mesure où celles-ci ne gênent pas le fonctionnement des services.

Toutefois, cette liberté peut être restreinte pour des raisons thérapeutiques, sur décision du responsable médical concerné.

Sur l'utilisation de téléphones portables, voir article 24 du présent règlement.

Restauration

Article 75 :

Les menus sont communiqués à chaque service.

Les repas de régime sont servis sur prescription du médecin ou en accord avec le cadre de santé et le service diététique.

La cafétéria « Les Arcades » est à la disposition des patients pour un moment de détente. Ils peuvent y trouver des boissons non alcoolisées, des friandises, des cartes téléphoniques, ...

Les familles ou les visiteurs ont la possibilité de prendre leur déjeuner au self de l'établissement. Ils paieront leur repas à la caisse du self.

Hygiène

Article 76 :

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

Entretien du linge

Article 77 :

Sauf cas particuliers, et sous réserve du respect des règles d'hygiène, le patient conserve, s'il le souhaite, l'entretien de ses vêtements et de son linge personnel, à charge pour lui de l'assurer. Les patients ont la possibilité de faire laver leur linge au sein de l'établissement à condition que celui-ci soit marqué à leur nom et prénom.

Contention et isolement

Article 78 :

Si l'état du patient nécessite l'utilisation de moyens de contention, ceux-ci doivent faire l'objet d'une prescription médicale et être utilisés conformément aux protocoles mis en place et validés par l'établissement.

Article 79 :

Les mesures d'isolement obéissent aux mêmes règles.

Article 80 :

Conformément à la réglementation en vigueur, l'établissement saisit le Juge des libertés et de la détention pour le contrôle des mesures d'isolement et de contention en cas de dépassement des seuils réglementaires.

SECTION 5 – LA SORTIE DU PATIENT

Dispositions communes aux hospitalisations libres et sans consentement

Bulletin de sortie

Article 81 :

Le bulletin de sortie délivré aux malades ne doit porter aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical relative à la maladie qui a motivé l'hospitalisation.

Information du médecin traitant

Article 82 :

Le médecin traitant doit être informé, avec l'accord du patient, par la lettre de liaison le plus tôt possible après la sortie de l'intéressé, des prescriptions médicales et informations utiles à la mise en œuvre du projet thérapeutique propre au malade.

Documents à fournir au patient au moment de sa sortie

Article 83 :

Tout patient sortant doit recevoir la lettre de liaison, les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation de ses soins et de ses traitements et à la justification de ses droits.

Choix de la société d'ambulance par le patient au moment de sa sortie

Article 84 :

Le bureau des entrées peut fournir la liste complète des ambulances agréées du département aux personnes hospitalisées qui disposent d'une totale liberté de choix.

Questionnaire de sortie

Article 85 :

Tout hospitalisé ayant reçu à son entrée un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations est invité à le remplir et le rendre à l'administration sous une forme anonyme s'il le désire.

Le directeur communique périodiquement à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge les résultats de l'exploitation de ces documents.

Sortie des personnes hospitalisées librement

Permissions

Article 86 :

Les personnes hospitalisées peuvent, compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, s'absenter de l'établissement pour une durée maximale de quarante-huit heures, sans accomplir les formalités de sortie.

Sorties définitives

Article 87 :

Avant sa sortie définitive, le patient doit être vu par un médecin.

Lorsque le médecin estime que l'état de santé de la personne hospitalisée ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'établissement, sa sortie est décidée.

Transfert pour raisons médicales

Article 88 :

Lorsque l'état du patient nécessite un transfert dans un autre établissement assurant des soins adaptés à son état, l'établissement prend, le cas échéant, toutes dispositions utiles pour permettre ce transfert. Sauf opposition de l'intéressé, les proches sont informés de ce transfert dans les meilleurs délais. Ce transfert est assimilé à une sortie de l'hospitalisé.

Sortie des personnes hospitalisées sans leur consentement

Les dispositions relatives à la sortie des personnes hospitalisées sans leur consentement se trouvent dans la gestion documentaire de l'établissement.

SECTION 6 – PATIENT EN FIN DE VIE

Article 89 :

Les dispositions relatives à la prise en charge des patients en fin de vie se trouvent dans le classeur qualité n°3 « Soins ».

SECTION 7 – DÉCÈS DU PATIENT

Information des proches

Article 90 :

La famille ou les proches doivent être prévenus dès que possible et par tout moyen approprié de l'aggravation de l'état du malade et du décès de celui-ci.

Le décès est confirmé par tout moyen.

La notification du décès est faite :

- 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 mineurs relevant d'un service départemental d'aide sociale à l'enfance, au président du conseil général.

Pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, au directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne chez laquelle le mineur à son domicile habituel.

Constatation du décès

Article 91 :

Les décès sont constatés conformément aux dispositions du code civil.

❖ CHAPITRE 4 : LES DROITS ET RECOURS

SECTION 1 – LES DROITS DU PATIENT

Droit d'accès aux informations médicales

Article 92 :

Les dispositions relatives au droit d'accès aux informations médicales se trouvent dans le livret d'accueil du patient et dans la gestion documentaire de l'établissement.

Droit au respect de la confidentialité

Article 93 :

L'établissement veille à la confidentialité des informations qu'il détient sur les personnes qu'il accueille.

Droit au respect de la dignité

Article 94 :

La dignité des personnes hospitalisées est respectée, elles sont traitées avec égard, le vouvoiement des patients est la règle.

Droit d'exprimer ses observations

Article 95 :

Les personnes hospitalisées peuvent exprimer leurs observations au moment de leur sortie par l'intermédiaire du questionnaire de sortie qui leur est remis mais elles peuvent également adresser à tout moment un courrier au directeur ou au médecin chef de pôle où elles sont hospitalisées pour faire entendre leur doléance.

Par ailleurs, elles peuvent à tout moment écrire aux autorités citées à la section 2 du présent chapitre « Les recours offerts aux usagers » ci-après.

Droit de désigner une personne de confiance

Article 96 :

Toute personne hospitalisée majeure est informée de la possibilité qui lui est offerte de désigner une personne de confiance. Cette désignation est effectuée par écrit et vaut pour toute la durée de l'hospitalisation à moins que le patient n'en décide autrement. Elle est révoquée à tout moment. La personne de confiance peut être désignée antérieurement à l'hospitalisation. A la demande du patient, la personne de confiance pourra l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Dans le cas où le patient se trouverait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté, l'avis de la personne de confiance doit être recueilli, mais il ne s'impose pas au médecin.

Information des patients victimes d'événements indésirables

Article 97 :

Les patients sont informés dans le délai légal durant leur séjour ou après leur sortie de la survenue d'un événement indésirable pouvant les concerner directement ou indirectement.

Information des patients hospitalisés sans leur consentement

Article 98 :

Lorsqu'une personne, atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement en application des dispositions des sections 2 et 3 du chapitre 3 du présent règlement, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

La personne hospitalisée doit être informée dès l'admission et, par la suite, à sa demande, de sa situation juridique et de ses droits.

En tout état de cause, elle dispose du droit :

- 1- De communiquer avec le préfet ou son représentant, le juge du tribunal d'instance, le président du tribunal de grande instance ou son délégué, le maire de La Couronne ou son représentant, le procureur de la République et le juge des libertés et de la détention ;
- 2- De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;
- 3- D'émettre ou de recevoir des courriers ;
- 4- De consulter le présent règlement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;
- 5- D'exercer son droit de vote ;
- 6- De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Ces droits, à l'exception de ceux mentionnés aux 3, 5 et 6, peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du patient.

SECTION 2 – LES RECOURS OFFERTS AUX USAGERS

Dépôts de plaintes et de réclamations

Article 99 :

Les patients peuvent à tout moment adresser leurs plaintes ou réclamations au directeur de l'établissement ou au médecin chef de pôle où ils sont hospitalisés.

Le directeur lorsqu'il est saisi peut recourir au médiateur médical ou non médical selon les cas.

Ce dernier, après avoir rencontré le plaignant adressera son rapport au directeur qui le transmettra selon les cas aux membres de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

La Commission des usagers

Article 100 :

Cette commission présidée par le directeur du centre hospitalier Camille Claudel comprend un médiateur médical et un médiateur non médical ; deux représentants des usagers ; le président de la commission médicale d'établissement ; un représentant de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ; un représentant du personnel et un représentant du conseil de surveillance.

Elle a pour objet de veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches.

Elle doit également contribuer à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches.

Enfin, la commission examine les plaintes et réclamations qui lui sont transmises.

L'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement, ainsi que les réponses qui y sont apportées sont tenues à la disposition des membres de la commission qui peuvent obtenir un tableau de synthèse des plaintes et réclamations de l'année en cours ou des années antérieures sur simple demande adressée au directeur. Cette commission prépare un rapport annuel qui synthétise les informations portées à la connaissance de ses membres en matière de respect des droits des usagers et d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge.

SECTION 3 – LE FONDS DE SOLIDARITÉ

Article 101 :

Le Fonds de Solidarité s'adresse à tous les patients de la file active, adultes ou enfants, du centre hospitalier Camille Claudel, et notamment à la suite d'une hospitalisation complète ou partielle.

Article 102 :

Le Fonds de Solidarité est constitué par un apport annuel sur les crédits d'exploitation du budget principal.

Article 103 :

Le Fonds de Solidarité permet de proposer des prêts sans intérêts et des dons aux personnes citées à l'Article 101.

L'intervention de ce fonds ne sera sollicitée que si toutes autres formes d'aides existantes n'ont pu aboutir, ou dans l'attente d'une de ces aides.

Article 104 :

Les modalités d'intervention de ce fonds sont précisées dans la procédure afférente.

❖ **CHAPITRE 5 : DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL NON MÉDICAL**

SECTION 1– DISPOSITIONS RELATIVES AU RESPECT DU MALADE

Devoir d'information du public

Article 105 :

Les personnels hospitaliers doivent répondre aux demandes d'information des usagers conformément à l'article L.121-8 du code général de la fonction publique.

Secret professionnel

Article 106 :

Institué dans l'intérêt des malades qui ont droit au respect de leur vie privée il s'impose à tous et s'applique au-delà de la période d'exercice professionnel.

Selon les dispositions de l'article L 121-6 du CGFP, les agents publics sont tenus au secret professionnel dans le respect des articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

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

Il concerne tout professionnel de santé faisant partie d'une équipe de soins mais aussi toute personne intervenant de par ses activités professionnelles ou bénévoles au sein de l'hôpital.

La violation du secret professionnel est passible de sanctions non seulement disciplinaires mais aussi pénales.

Le secret est un principe fondamental ; il ne peut y être dérogé que dans les cas de révélation strictement prévus par la loi :

- Déclaration de naissance
- Certificat de décès
- Déclaration de certaines maladies contagieuses figurant sur une liste arrêtée par décret
- Déclaration des infections sexuellement transmissibles
- Certificat d'accident de travail
- Certificat de maladie professionnelle
- Certificat attestant d'une maladie mentale dont la nature et la gravité imposent une hospitalisation
- Déclaration visant au placement d'un majeur sous sauvegarde de justice
- Déclaration de l'état dangereux des alcooliques
- Certificat de santé rédigé au titre de la surveillance sanitaire des enfants en bas âge
- Déclaration de l'interruption d'une cure de désintoxication d'un malade traité dans le cadre d'une injonction thérapeutique

Par ailleurs le médecin peut s'affranchir de son obligation de secret dans les deux cas suivants :

- Pour informer les autorités judiciaires, médicales ou administratives, de sévices ou privations infligés à un mineur de moins de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ;

- Pour porter à la connaissance du Procureur de la République et en accord avec la victime, les sévices ou privation qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques sexuelles ou psychiques de toutes natures ont été commises.

S'il estime ne pas devoir révéler les actes énoncés ci-dessus, le médecin doit alors prendre toutes mesures pour en limiter les effets et en empêcher le renouvellement.

Les professionnels de santé ou d'action sociale peuvent également s'affranchir de leur obligation de secret pour informer le Préfet du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté l'intention d'en acquérir une.

Les fonctionnaires en exercice à l'hôpital **sont tenus** par les dispositions de l'Article 40 du Code de Procédure Pénale et doivent porter à la **connaissance des autorités judiciaires les crimes et délits** dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions ; ils en tiennent informé le directeur du centre hospitalier Camille Claudel.

Les professionnels doivent respecter le protocole de non-divulgence de la présence d'un patient.

Obligation de discrétion professionnelle

Article 107 :

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les agents publics doivent faire preuve de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations et documents dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

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

Devoir général de réserve

Article 108 :

Tout agent public doit faire preuve de réserve et de retenue dans l'expression écrite et orale de ses opinions personnelles pendant et en dehors du temps de travail. Il doit s'abstenir notamment de tous propos injurieux ou outranciers, de comportements excessifs ou discourtois, susceptibles d'importuner ou de choquer les malades, les visiteurs et les autres agents du centre hospitalier, ou pouvant porter atteinte à la considération du service public (ex. propos agressifs ou dévalorisants à l'encontre de l'établissement).

Respect de la liberté de conscience et d'opinion

Article 109 :

La liberté de conscience et d'opinion doit être rigoureusement respectée, aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les malades ou sur leurs familles. Aucune marque extérieure d'appartenance religieuse ou politique n'est

acceptée sur les lieux de travail. Le Droit syndical des personnels de l'hôpital s'exerce conformément à la réglementation en vigueur en tenant compte des nécessités de service dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis des usagers.

Respect du principe de laïcité et de l'obligation de neutralité

Article 110 :

Les personnels de l'hôpital sont tenus au respect des principes d'égalité et de laïcité et au respect de l'obligation de neutralité.

Principe d'égalité :

Conformément aux dispositions de l'article L6112-3 du Code de la santé publique, l'établissement garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ses missions de service public un égal accès à des soins de qualité.

Aucune personne ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins. Dès lors, tout professionnel de santé qui refuserait de dispenser des soins à un patient en raison de son origine, de son sexe, de sa situation familiale, de son état de santé, de son handicap, de ses mœurs, de son orientation sexuelle, de son âge, de ses opinions politiques, de ses activités syndicales, de son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée, sera susceptible de se voir infliger des sanctions disciplinaires, pénales et/ou civiles. L'établissement de santé doit respecter les croyances et les convictions des personnes accueillies.

Obligation de neutralité :

En vertu de l'article L121-2 du CGFP, dans l'exercice de ses fonctions, l'agent public est tenu à l'obligation de neutralité. Les personnels de l'hôpital, qui travaillent chaque jour au service et au contact des patients ne peuvent donc pas manifester, dans l'exercice de leurs fonctions, leurs convictions, qu'elles soient religieuses, philosophiques ou politiques notamment, tant à l'égard des usagers que vis-à-vis de leurs collègues, ni faire prévaloir leur préférence pour telle ou telle religion.

La neutralité de l'agent public est donc une condition nécessaire de la laïcité du service public.

Principe de laïcité :

Le principe de laïcité fait obstacle à ce que l'agent public manifeste dans l'exercice de ses fonctions, ses croyances religieuses, notamment par le port d'un signe ostentatoire destiné à marquer son appartenance à une religion. Le principe de laïcité interdit également toute forme de prosélytisme.

Le référent laïcité désigné au sein de l'établissement peut être consulté pour tout conseil utile au respect du principe de laïcité.

Respect du confort des malades

Article 111 :

Les personnels s'efforcent, sans distinction de grade ou de fonction, d'assurer au mieux le confort physique et moral des malades dont ils ont la charge ; d'une manière générale ils prennent toutes dispositions, dans l'exercice de leurs fonctions pour contribuer personnellement au climat de sécurité et de calme indispensable au sein de locaux hospitaliers ; le soulagement de la souffrance des malades doit être une préoccupation constante de tous les personnels. Chaque membre du personnel participe à la lutte

contre le bruit dans les services de soins (tout particulièrement la nuit) notamment avec le port de chaussures de travail adaptées.

Exigence d'une tenue correcte

Article 112 :

La tenue participe du respect dû aux malades. Une tenue correcte, tant dans l'habillement que dans le langage, est exigée de l'ensemble des personnels travaillant dans et hors du site du centre hospitalier. La familiarité avec les malades est formellement proscrite.

Identification vis-à-vis des interlocuteurs

Article 113 :

Afin de se faire mieux connaître des malades et de leur famille et sauf exceptions décidées par le directeur, les personnels des services d'hospitalisation du centre hospitalier en contact avec les malades 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, leur nom, prénom et leur métier. De même lors des contacts directs ou téléphoniques, il est demandé au personnel de se présenter en déclinant son identité (nom et prénom) et sa fonction.

Accueil et respect du libre choix des familles

Article 114 :

L'accueil et l'information des familles s'effectuent avec tact et ménagement en toute circonstance ; sous peine de sanctions, le libre choix des familles est rigoureusement respecté lorsque celles-ci désirent faire appel à une entreprise de transport sanitaire ou à un opérateur funéraire ; les listes des entreprises agréées par la Préfecture sont mises à leur disposition, de même les personnels de l'établissement s'abstiennent de servir d'intermédiaire pour des associations ou entreprises proposant la mise à disposition de produits de santé (appareillages inclus).

SECTION 2 – DISPOSITIONS RELATIVES AU COMPORTEMENT PROFESSIONNEL

Obligation de dignité, de probité, d'impartialité et d'intégrité

Article 115 :

Obligation de dignité :

Elle s'impose à l'agent, en raison de sa qualité d'agent public, qui ne doit pas porter atteinte par son comportement à la réputation de l'établissement. L'obligation de dignité, qui se décline dans les propos, les agissements et la tenue dans l'exécution des missions du service, favorise la considération portée à l'établissement par les usagers.

Obligation de probité :

L'obligation de probité impose à l'agent public de ne pas utiliser ses fonctions pour en tirer un profit personnel.

Obligation d'impartialité :

L'obligation d'impartialité exige de l'agent public de se départir de tout préjugé d'ordre personnel et d'adopter une attitude impartiale dans ses fonctions.

Obligation d'intégrité :

L'obligation d'intégrité impose que l'agent public ne puisse solliciter, accepter ou se faire promettre, ni directement ou indirectement, des avantages matériels dont l'acceptation pourrait le mettre en conflit avec ses obligations.

Obligation de désintéressement et de déclaration d'Intérêts

Article 116 :

Les personnels de l'hôpital ne peuvent prendre, par eux-mêmes ou par personnes interposées, des intérêts dans une entreprise en relation avec le centre hospitalier Camille Claudel qui soient de nature à compromettre leur indépendance.

S'ils ont un intérêt direct ou indirect dans le fonctionnement d'une telle entreprise, ils doivent en informer l'administration pour lui permettre de gérer le conflit d'intérêts, dès lors qu'ils participent au sein de l'hôpital à des activités susceptibles de les mettre en relation directe ou indirecte avec cette entreprise ou s'ils sont impliqués dans la mise en œuvre d'une procédure d'achat dans le secteur d'activité de cette entreprise.

Sont applicables dans ce domaine des sanctions non seulement disciplinaires mais pénales.

Cumul d'activités (à titre dérogatoire) et exercice d'activités privées par des agents publics ayant cessé leurs fonctions (décret n°2020-39 du 30 janvier 2020 relatif aux contrôles déontologiques dans la fonction publique)

Article 117 :

Cumul d'activités :

Les personnels de l'hôpital (titulaires, stagiaires, contractuels) 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, en parallèle.

Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans des conditions prévues par la réglementation générale sur les cumuls d'emploi ou de rémunération :

- Exercice d'une activité accessoire, lucrative ou non, en dehors des heures de service : missions d'enseignement, d'expertise, de formation, activités à caractère sportif, activité agricole aide à domicile à un parent, travaux de faible importance chez des particuliers...
- Poursuite ou création d'entreprise ou exercice d'une activité libérale (subordonnée à l'exercice de ses fonctions à temps partiel) :

- poursuite d'une activité privée au sein d'une société ou d'une association à but lucratif,
- exercice d'une ou plusieurs activités privées en dehors des obligations de service (uniquement contractuels à temps non complet).

Selon les cas, les personnels doivent demander préalablement l'autorisation par courrier au directeur de l'établissement ou transmettre une déclaration écrite.

Le cumul d'activités ne se conçoit que si l'activité annexe de l'agent ne porte pas atteinte au fonctionnement normal, à l'indépendance, à la neutralité du service et aux principes déontologiques. Le directeur peut, au besoin, saisir le référent déontologue de l'établissement ou la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique.

Exercice d'activités privées par des agents publics ayant cessé leurs fonctions :

Les personnels de l'hôpital qui cessent temporairement ou définitivement leurs fonctions dans le but d'exercer une activité privée doivent en informer par courrier le directeur de l'établissement, avant le début de cette activité privée, dans les délais prévus par la réglementation. Le directeur peut, au besoin, saisir le référent déontologue de l'établissement ou la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique.

Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou espèces

Article 118 :

Il est interdit au personnel de l'hôpital 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.

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

Exécution des instructions reçues

Article 119 :

Tout agent de l'hôpital, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il a l'obligation de se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public.

Il n'est dégagé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés.

En cas d'empêchement d'un agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, aucun autre agent ayant reçu l'ordre d'exécuter ce travail ne peut s'y soustraire pour le motif qu'il ne relève pas de sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade ; certes l'application de cette disposition ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par des dispositions législatives.

Droit de grève, assignments

Article 120 :

Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent. Le caractère de service public confié à l'hôpital justifie, en cas de grève, le recours au service minimum dégagé par la jurisprudence du Conseil d'État en particulier.

Le directeur a donc le droit d'assigner au service des agents indispensables à son fonctionnement minimum et à la sécurité des personnes. A cet effet il dresse une liste nominative des agents dont la présence est indispensable et auxquels l'exercice du droit de grève est provisoirement refusé et ceci sur la base des règles en vigueur établies après concertation avec les organisations syndicales.

Assiduité et ponctualité

Article 121 :

Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions au sein de l'hôpital avec l'assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement du service public confié à l'hôpital ; il respecte ses horaires de travail établis en application des dispositions légales et réglementaires en vigueur et fixés par les tableaux de service arrêtés par les cadres avec délégation du directeur.

Information du supérieur hiérarchique

Article 122 :

Tout agent avise son supérieur hiérarchique, dans les meilleurs délais, des situations le plaçant dans l'impossibilité d'assurer une vacation de travail planifiée ainsi que des incidents de toute nature dont il a eu directement connaissance à l'occasion de son service.

De même, tout agent amené à conduire un véhicule de l'établissement dans l'exercice de ses fonctions doit obligatoirement informer son supérieur hiérarchique de toute mesure de suspension ou d'annulation du permis de conduire dont il peut être l'objet.

Obligation de signalement des incidents ou risques

Article 123 :

Tout agent qui a connaissance d'un effet indésirable grave ou inattendu, d'un incident ou risque d'incident lié à l'utilisation d'un médicament, d'un produit sanguin labile ou d'un dispositif médical est tenu d'en alerter immédiatement le correspondant local assurant au sein de l'hôpital la vigilance sanitaire pour la catégorie de produits concernée.

Tout agent qui a connaissance d'un événement indésirable concernant tout secteur de la vie hospitalière est tenu de le signaler. Il adresse son signalement au moyen de la fiche « Déclaration d'événement indésirable » mise à disposition sur Intranet selon la procédure décrite dans le classeur « qualité » déposé dans chaque unité de travail.

Témoignage en justice ou auprès de la police

Article 124 :

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 leur audition.

Bon usage des biens de l'hôpital

Article 125 :

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 Camille Claudel.

Bonne utilisation du système d'information

Article 126 :

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 s'est dotée ou se dotera, 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. Chaque professionnel doit prendre connaissance des messages électroniques qui lui sont adressés au minimum une fois par jour de travail.

Obligation de déposer les biens confiés par les malades

Article 127 :

Aucun agent hospitalier ne doit conserver par devers lui des objets, documents ou valeurs qui lui seraient confiés exceptionnellement par des malades.

Ces biens sont déposés sans délai conformément aux procédures en vigueur dans l'établissement.

Respect des règles d'hygiène et de sécurité

Article 128 :

Les personnels du centre hospitalier Camille Claudel observent strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service.

Ils doivent notamment à cet effet porter en présence des malades les tenues fournies par l'établissement et respecter l'interdiction de fumer.

Ils ont obligation de participer aux actions de prévention prises pour assurer l'hygiène et la sécurité générale de l'établissement et de ses usagers.

Ils 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 (visites médicales périodiques, examens spéciaux pour les professionnels affectés dans des secteurs à risque particulier, mesures spécifiques à certains postes de travail).

Un membre du personnel peut se retirer d'une situation de travail présentant à son avis un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé sous réserve de ne pas créer pour autrui une nouvelle situation de risque grave et imminent et d'en informer la direction de l'établissement.

Dispositions relatives à la violence au travail

Article 129 :

La violence peut être verbale ou physique ; elle peut être exercée :

- Par le patient ou ses proches à l'encontre du personnel de l'établissement ;
- Par les personnels de l'établissement à l'encontre des patients.

Elle peut s'exercer entre les personnels de l'établissement dans le cadre des relations professionnelles et prendre la forme d'un harcèlement moral ou sexuel susceptible de porter atteinte aux droits et à la dignité, d'altérer la santé physique ou mentale ou de compromettre l'avenir professionnel de l'agent victime.

En vertu des dispositions de la loi de Modernisation Sociale n° 2002-73 du 17 janvier 2002, il est de la responsabilité du directeur de l'établissement d'engager les actions nécessaires à l'arrêt de toute pratique de violence, de mettre en œuvre une politique de prévention des formes de violence dans l'établissement et de garantir l'aide aux victimes.

- Tout comportement de violence, de harcèlement moral ou sexuel est formellement interdit et doit être signalé par la personne victime ou témoin de tels agissements dans le cadre de la procédure concernant la fiche relative à la prévention et la prise en charge des situations de violence figurant dans le classeur urgences et faire l'objet d'une déclaration d'événement indésirable.
- Par ailleurs pour ce qui concerne la violence à l'encontre du personnel celle-ci a fait l'objet d'une étude de risque dans le cadre du Document unique relatif aux risques professionnels et a été assortie de la mise en place de recommandations.
- Par ailleurs un psychologue du travail intervient dans l'établissement (voir note d'information).

SECTION 3 – DROITS DU PERSONNEL

Liberté d'opinion – Non-discrimination

Article 130 :

La liberté d'opinion est garantie aux fonctionnaires ; aucune discrimination n'est faite aux fonctionnaires 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, de leur appartenance ou pas, vraie ou supposée, à une ethnie ou à une race. Toutefois des distinctions peuvent être faites afin de tenir compte d'éventuelles inaptitudes physiques à exercer certaines fonctions, aucune distinction, directe ou indirecte ne peut être faite entre les fonctionnaires en raison de leur sexe. La carrière du fonctionnaire ne pourra en aucune manière être affectée par les votes ou opinions émis au cours de leur campagne électorale ou de leur mandat.

De même la carrière des fonctionnaires siégeant, à un autre titre que celui de représentants d'une collectivité publique au sein d'une institution prévue par la loi ou d'un organisme consultatif placé auprès des pouvoirs publics ne saurait être influencée par les positions qu'ils y ont prises.

Protection contre le harcèlement

Article 131 :

Aucun fonctionnaire ne doit subir les faits, soit 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 ; soit 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 fonctionnaire ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral, qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptibles de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel. La carrière du fonctionnaire ne pourra en aucune manière être affectée en raison de la circonstance qu'il aura subi ou refusé de subir des agissements de toute personne qui, abusant de son autorité, aura tenté d'obtenir des faveurs à caractère sexuel. Les fonctionnaires qui auront relaté ou témoigné sont également protégés.

Liberté d'expression

Article 132 :

La liberté d'expression est garantie au fonctionnaire, dans le respect d'une part de l'obligation de stricte neutralité, d'autre part du devoir de réserve.

Liberté syndicale – Droit de grève

Article 133 :

Le droit syndical est garanti aux fonctionnaires. Les intéressés peuvent librement créer des organisations syndicales, y adhérer et y exercer des mandats ; les fonctionnaires exercent le droit de grève dans le cadre des lois qui le réglementent.

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.

Protection organisée des fonctionnaires

Article 134 :

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

Lorsqu'un fonctionnaire a été poursuivi par un tiers pour faute de service et que le conflit d'attribution n'a pas été élevé, l'établissement doit, dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'est pas imputable à celui-ci, le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui.

L'établissement est tenu de protéger les fonctionnaires contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions, et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté.

Droit d'accès à son dossier administratif et médical

Article 135 :

Tout fonctionnaire a accès à son dossier administratif individuel ainsi qu'à son dossier médical dans les conditions définies par la loi. Les demandes doivent être adressées à la Direction des Ressources Humaines pour le dossier administratif et à la médecine du travail pour le dossier médical.

Droit aux congés

Article 136 :

Tout fonctionnaire en activité a droit aux congés annuels conformément aux dispositions du Décret n° 2002-8 du 4 Janvier 2002 ; le directeur conserve toute liberté pour moduler la prise des congés annuels en fonction des nécessités du service.

Droit à la formation

Article 137 :

Le Droit à la formation professionnelle tout au long de la vie est reconnu aux agents de la fonction Publique Hospitalière selon les conditions et modalités définies par le décret N° 2008-824 du 21 Août 2008.

Santé et sécurité des conditions de travail

Article 138 :

Conformément aux dispositions du Code du Travail, l'employeur doit assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent :

1- Des actions de prévention des risques professionnels

Les risques pour la santé et la sécurité de l'ensemble des personnels du centre hospitalier Camille Claudel dans le choix des procédés, des équipements, des substances, des produits utilisés, dans l'aménagement ou le réaménagement des lieux de travail ou des installations, dans la définition des postes de travail sont évalués ; cette évaluation comporte un inventaire et une hiérarchisation des risques identifiés dans chaque unité de travail relevant du centre hospitalier Camille Claudel y compris ceux liés aux ambiances thermiques, les résultats de l'évaluation des risques sont transcrits dans un Document Unique.

Ce document comporte les plans d'actions déjà mis en place et ceux prévus pour remédier dans des délais compatibles avec leur gravité aux risques répertoriés.

Le « Document Unique » est tenu à la disposition :

- des personnels
- des membres de la formation spécialisée du Comité social d'établissement (F3SCT);
- du Médecin du Travail ;
- des agents de l'Inspection du Travail.

La mise à jour du Document Unique d'évaluation est réalisée régulièrement :

- lors de toute décision d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ;
- lorsqu'une information supplémentaire intéressant l'évaluation d'un risque dans une unité de travail est recueillie.

2 - Des actions d'information et de formation

Le plan de formation annuel et le contrat local d'amélioration des conditions de travail mettent en œuvre des actions de formation visant à protéger la santé physique et mentale et à assurer la sécurité des agents salariés de l'établissement ; des actions d'information visent le même objectif.

3 - La mise en place d'une organisation et de moyens adaptés

En mettant en place une organisation tenant compte de l'évolution des techniques, en remplaçant ce qui est dangereux par ce qui ne l'est pas ou moins.

En planifiant une prévention intégrant la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants notamment les risques liés au harcèlement moral tel que définis par le Code du Travail.

4 - Obligations des travailleurs

Conformément aux instructions qui lui sont données par l'employeur, dans les conditions prévues à ce règlement intérieur, il incombe à chaque membre du personnel de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa santé et de sa sécurité ainsi que de celle des autres personnes concernées par ses actes ou ses omissions au travail.

5 - Service de santé au travail

Le directeur organise le service de santé au travail conformément aux dispositions des Articles L.4622-1 et suivants du code du travail. L'établissement dispose d'un service de santé au travail propre, avec la présence d'un médecin du travail.

❖ Missions du Médecin du travail :

Le Médecin du travail est le conseiller du directeur, des salariés de l'établissement, des représentants du personnel et des services sociaux en ce qui concerne notamment :

- L'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'établissement
- L'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine ;
- La protection des salariés contre l'ensemble des nuisances, et notamment contre les risques d'accident du travail ou d'utilisation des produits dangereux
- L'hygiène générale de l'établissement
- L'hygiène dans les services de restauration
- La prévention et l'éducation sanitaire dans le cadre de l'établissement en rapport avec son activité
- La construction ou les aménagements nouveaux

- Les modifications apportées aux équipements
- La mise en place ou la modification de l'organisation du travail de nuit

Afin d'exercer ces missions, le médecin du travail conduit des actions sur le milieu de travail et procède à des examens médicaux.

6 - Tabagisme

Le centre hospitalier se positionne clairement contre le tabagisme et incite les professionnels à arrêter de fumer ou à réduire drastiquement leur consommation.

Par ailleurs et conformément aux dispositions législatives en vigueur la consommation de tabac est interdite dans tous les locaux du centre hospitalier. Cette interdiction s'applique également pour tous les espaces extérieurs dans les structures de pédopsychiatrie.

7 - Consommation d'alcool sur le lieu de travail

Le Code du Travail dans son article R.4228-21 dispose qu'il est interdit de laisser entrer ou séjourner dans les lieux de travail des personnes en état d'ivresse.

Par ailleurs, comme indiqué ci-dessus, les dispositions des articles L4121-1 à L 4121-5 imposent au chef d'établissement de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs.

Ainsi même les boissons énumérées à l'article R.4228-20 du Code du travail ne sont pas autorisées sur les lieux de travail. De ce fait, ne pourront lors des « pots de l'amitié » être consommées que des boissons non alcoolisées. À titre exceptionnel et à titre dérogatoire, les boissons énumérées à l'article sus visé pourront être consommées lors de manifestations organisées.

Par ailleurs conformément aux instructions ci-dessus et aux dispositions de l'article L.4122-1 du code du travail : « il incombe à chaque travailleur de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa santé et de sa sécurité ainsi que celle des autres personnes concernées par ses actes ou ses omissions au travail ».

C'est dans ce cadre que des « tests de dépistage alcoolémiques » pourront être effectués selon les modalités suivantes :

Le recours à ce test pourra être utilisé pour prévenir ou faire cesser une situation dangereuse, pour le salarié lui-même ou pour les tiers eu égard à la nature du travail confié à ce salarié qui, réalisé dans un état d'ébriété peut être de nature à exposer des personnes à un danger ; C'est notamment le cas :

- ✓ des personnels des services de soins ayant en charge des patients ou résidents, à savoir les infirmier(e)s, aide-soignant(e)s, accompagnants éducatifs et sociaux ou encore éducateurs spécialisés ;
- ✓ des personnels des services techniques et logistiques (tous grades confondus), notamment ceux utilisant des machines dangereuses ou dont un mauvais usage pourrait créer un danger pour l'agent lui-même ou pour autrui, ceux des personnels conduisant des véhicules de toute nature et notamment transportant des personnes ;

- ✓ des personnels du service « accueil-sécurité ».

Le test de dépistage alcoolémique peut être pratiqué par tout personnel cadre ou faisant fonction habilité par le chef d'établissement par voie de décision.

Sans que cela puisse être refusé à l'agent qui en fait la demande, ce test de dépistage pourra être pratiqué en présence d'une tierce personne du choix de l'intéressé.

L'état d'ébriété peut être suspecté lorsque plusieurs signes sont constatés tels que des troubles de l'élocution, de l'équilibre, du comportement, le refus des règles de sécurité, une odeur spécifique de l'haleine alcoolisée, la détention ou la consommation d'alcool sur le lieu de travail.

Lorsque l'état d'ébriété a pu être établi, il appartient au cadre ou à toute personne habilitée par le directeur de prendre les dispositions suivantes :

1. Faire cesser la situation en accompagnant la personne vers un lieu où le risque sera écarté ;
2. Informer le responsable si cela n'a pas été fait (qui informera le directeur ou son représentant) ;
3. Utiliser éventuellement le test d'alcoolémie ;
4. Demander un avis médical auprès du médecin du travail ou tout autre médecin disponible rapidement sinon contacter le SAMU (tél. : 15) ;
5. Noter par écrit les indications du médecin contacté ;
6. Procéder aux mesures prescrites ;
7. Rédiger une déclaration à adresser à la DRH ;
8. Informer le médecin du travail si cela n'a pu être fait et organiser une consultation avec lui dès la reprise du travail.

Tout agent dont l'état d'ébriété aura été constaté ne pourra être autorisé à quitter son poste de travail pour regagner son domicile avec son véhicule avant d'avoir pu consulter un médecin.

Tout agent salarié constatant qu'un collègue connaît des difficultés liées à l'alcool essaye de l'adresser vers le médecin du travail.

SECTION 4 – DISPOSITIONS RELATIVES À L'ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL

Organisation du temps de travail

Article 139 :

Au centre hospitalier Camille Claudel, les diverses dispositions prises relatives au temps de travail et aux droits afférents l'ont été conformément aux dispositions réglementaires en vigueur et notamment à celles du décret 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail du décret 2002-8 du 4 janvier 2002 relatif aux congés annuels des agents des établissements mentionnés à l'article L5 du CGFP.

Ces dispositions ont fait l'objet d'un accord relatif à la mise en œuvre de la Réduction du Temps de Travail qui a été signé en date du 15 Janvier 2002 ainsi que des notes de service suivantes :

- Note relative à la suppression des RTT en cas de congés pour des raisons de santé ;
- Notes relatives à la gestion du temps de travail ;
- Note relative aux congés annuels, aux jours de RTT et jours fériés ;
- Note relative au travail à temps partiel ;
- Note de service relative aux modalités d'application de la réduction du temps de travail ;
- Note relative aux modalités de régulation des heures supplémentaires ;
- Note relative à la valorisation des jours de congés annuels, de réduction du temps de travail, de repos compensateurs de cycle pour les agents de jour effectuant des cycles de nuit ;
- Note relatives aux modalités de régulation des repos compensateurs de cycles ;
- Note relative au fonctionnement du Compte Épargne Temps ;
- Note relative aux modalités d'application de la journée de Solidarité ;
- Note relative aux autorisations facultatives d'absence ;
- Note relative à la programmation des Congés Annuels, jours de Réduction du Temps de Travail, et Repos Compensateurs de Cycle ;
- Note relative à l'organisation du travail au service restauration ;
- Note relative à l'organisation du temps de travail dans les services administratifs ;
- Notes relatives à la nouvelle organisation du travail des cadres de santé et des psychologues.

Ces diverses dispositions sont disponibles auprès de la Direction des Ressources Humaines ainsi que sur l'Intranet.

❖ CHAPITRE 6 : DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL MÉDICAL

Déontologie médicale

Article 140 :

Outre les principes d'égalité, de neutralité et de laïcité rappelés par la loi du 24 août 2021 confortant le respect des principes de la République (*cf. chapitre relatif au personnel non médical*), le code de déontologie médicale, intégré au Code de la santé publique, aux articles R .4127-1 à R. 4127-112, s'impose à tout médecin et donc aux praticiens de l'établissement.

L'ordre des médecins est chargé de veiller au respect de ses dispositions.

Le médecin a un devoir d'assistance envers les malades et les blessés. 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 secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.

Le patient dispose du libre choix de son médecin.

Le médecin est responsable du malade qu'il a en charge, de son traitement et des conséquences de ce traitement. Il a une obligation de moyens relative aux diagnostics et traitements qu'il délivre, fondés sur les données acquises de la science.

Il doit à son patient une information loyale, claire et appropriée.

Le praticien doit respecter les principes d'égalité et de neutralité du service public et soigner avec la même conscience tous ses malades, quels que soient leur condition, leur nationalité, leur religion, leur réputation et les sentiments qu'ils lui inspirent.

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

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

Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.

Il est tenu au respect de la loi, notamment en matière de traitement d'informations nominatives.

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

Outre les médecins, les pharmaciens sont également soumis à un code de déontologie, intégré dans le Code de la santé publique aux articles R.4235-1 à R.4235-77.

Praticiens

Article 141 :

Tous les médecins ou pharmaciens exerçant au centre hospitalier Camille Claudel relèvent de statuts spécifiques.

Le médecin psychiatre consulte en hospitalisation complète, en extra hospitalier et structures spécifiques, en psychiatrie adulte et en pédopsychiatrie. Il assure la totale responsabilité du soin.

Il a aussi, notamment, un rôle de formateur. Dans ce domaine, il a plus particulièrement en charge la formation et l'encadrement des internes et des docteurs juniors.

Dispositions spécifiques aux pharmaciens gérant une pharmacie à usage intérieur

Article 142 :

La gérance d'une pharmacie à usage intérieur est assurée par un pharmacien. Celui-ci assure, dans le respect du présent règlement, la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'Article L. 4211-1 du code de la santé publique et en assure la qualité.

Il mène ou participe à toute action d'information sur ces médicaments, matériels, produits ou objets, ainsi qu'à toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage. Il contribue à leur évaluation, concourt à la pharmacovigilance et à la matériovigilance et participe également à toutes actions de sécurisation du circuit du médicament.

Il mène ou participe à toute action susceptible de concourir à la qualité et à la sécurité des traitements et des soins dans les domaines de la compétence pharmaceutique.

Il est tenu d'organiser la distribution de médicaments aux patients ambulatoires, en conformité avec les dispositions réglementaires.

Continuité des soins et permanence pharmaceutique

Article 143 :

La permanence des soins a pour objet d'assurer pendant chaque nuit, le samedi après-midi et la journée du dimanche et des jours fériés, la sécurité des malades hospitalisés ou, le cas échéant, admis en urgence.

Le service de garde de nuit s'applique de 18 h 30 au lendemain 9 h 00. Les week-ends et jours fériés, il comprend la période de jour de 9 h 00 au lendemain 9 h 00, avec pour le samedi, la période de 12 h 30 à 9 h 00.

Dans le cadre des dispositions sur l'organisation et l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé, telles que définies par l'arrêté du 30 avril 2003, le directeur de l'hôpital arrête les tableaux mensuels nominatifs de participation au service de garde. Ces tableaux sont transmis en prévisionnel avant le 20 du mois précédent le mois concerné, par le chef de pôle, responsable de la continuité des soins et de l'élaboration des plannings de service des praticiens.

La continuité du service de pharmacie est assurée sous la responsabilité du chef de pôle, par une présence de jour et une astreinte en semaine de 17 h 00 à 9 h 00, ainsi que les jours fériés et les week-ends.

Une permanence médicale est assurée à l'UAO de 14 h 00 à 18 h 30 par les médecins psychiatres de l'établissement selon un planning établi par le chef de pôle.

Internes

Article 144 :

L'interne en médecine/en pharmacie est un praticien en formation spécialisée ; il consacre la totalité de son temps à sa formation.

L'interne en médecine exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève.

L'interne en médecine assure la visite médicale complémentaire des malades selon l'organisation arrêtée par le responsable de la structure interne au pôle d'activités.

Il dispense les soins dont l'urgence ne permet pas d'attendre la venue d'un praticien de la structure médicale où il est affecté. En dehors de ces cas d'urgence, il intervient sous la responsabilité du praticien responsable de la structure médicale concernée et à la condition qu'un praticien soit en mesure d'intervenir à tout moment.

Le docteur junior exerce des fonctions de prévention, de diagnostic, de soins et, le cas échéant, des actes de biologie médicale ou des missions de pharmacie hospitalière, avec pour objectif de parvenir progressivement à une pratique professionnelle autonome.

L'interne participe au service de garde et astreinte médicales/pharmaceutiques en dehors du service normal de jour.

Cumul d'activité des personnels médicaux et pharmaceutiques

Article 145 :

Le cumul d'activités des praticiens (par exemple pour dispenser des formations) est soumis à autorisation préalable du directeur et s'exerce, sauf précision expresse, en dehors des obligations de service. La demande d'autorisation doit préciser l'identité de l'employeur au profit duquel s'exercera cette activité, sa nature, sa durée, sa périodicité, ainsi que, le cas échéant, les conditions de sa rémunération.

Présence des visiteurs médicaux sur le site du centre hospitalier Camille Claudel

Article 146 :

En référence à la charte de la visite médicale du 22 décembre 2004 modifiée par les avenants du 21 juillet 2005 et du 21 juillet 2008, la visite médicale doit avoir pour objet d'assurer la promotion des médicaments auprès du corps médical et à cette occasion de favoriser la qualité du traitement médical dans le souci d'éviter le mésusage du médicament, de ne pas occasionner de dépenses inutiles et de participer à l'information des médecins et pharmaciens hospitaliers.

L'accès au site du centre hospitalier Camille Claudel est réglementé et tout visiteur médical doit se présenter au service d'accueil et sécurité lors de son arrivée sur site et durant sa visite s'assurer que son interlocuteur médical a une parfaite connaissance de son identité et de celle de l'entreprise qu'il représente.

Tout visiteur médical intervenant sur le site doit s'être présenté au pharmacien gérant lors de sa première visite. Tous les documents ou supports de présentation doivent être présentés et remis en main propre au pharmacien, président du Comité du

Médicament et des dispositifs médicaux stériles préalablement à toute présentation dans les services.

Tout visiteur médical tient à jour un planning de ses rendez-vous avec le corps médical. Ce planning peut être remis sur demande du président de la CME ou du président de la sous-commission chargée du médicament et des dispositifs médicaux stériles.

Le travail des visiteurs médicaux doit s'effectuer avec tact et mesure, dans la discrétion et le respect du secret médical. Le directeur de l'établissement peut déclarer indésirable sur le site tout visiteur qui aurait contrevenu aux présentes dispositions et à celles de la charte de la visite médicale.

❖ **CHAPITRE 7 : DISPOSITIONS DIVERSES**

Mise à disposition du règlement intérieur

Article 147 :

Le présent règlement intérieur est tenu à la disposition de toute personne intéressée, qui peut en prendre connaissance auprès de la direction.

Un exemplaire est déposé dans chaque service à destination des usagers qui demandent à le consulter.

Mise à jour du règlement intérieur

Article 148 :

Le présent règlement intérieur fera l'objet de mises à jour en fonction de l'évolution juridique et de l'organisation de l'établissement.

La Couronne, le 17/4/2023

Le Directeur,

Roger ARNAUD



ANNEXES

Version Mars 2023

Annexe 1

Charte de l'utilisateur du système d'information

Annexe 2

Charte de l'administrateur informatique

Annexe 3

Charte du prestataire informatique

Centre hospitalier Camille Claudel

Route de Bordeaux

CS 90025

16400 LA COURONNE

☎ 05 45 67 59 59

CHARTE UTILISATEUR DU

SYSTEME D'INFORMATION

**Version 1.0
2023**



Ce document est la propriété du GHT de Charente. Les informations qu'il contient sont la propriété de GHT et ne peuvent pas être reproduites en totalité ou en partie ou être transmises par tout moyen autorisation écrite.

CYCLE DE VIE DU DOCUMENT**AUTEURS**

Fonction	Nom	Date
RSI	VIGNAUD Pierre Hubert	01/2023

RELECTEURS

Fonction	Nom	Date
DPO	PIQUER Christophe	01/2023
RSSI	LAFORET Cédric	01/2023

VALIDATION

Fonction	Nom	Date
DSI	LAMARQUE Maria et DELOM Cyril	01/2023

HISTORIQUE DU DOCUMENT

Version	Date	Description	Détails
1.0	01/2023	Version initiale	

SOMMAIRE

1	Préambule	4
2	Définitions	4
3	Engagements.....	5
4	Accès au système d'information – politique d'accessibilité et d'habilitation.....	5
5	Mesures générales de contrôle, actions de tracabilité, optimisation de sécurité ou détection des abus	7
6	Maintenance	8
7	Utilisation professionnelle/utilisation privée	8
8	Installation et utilisation du matériel informatique	8
9	Connexion/déconnexion et gestion du mot de passe.....	9
10	Fichiers informatiques et répertoires.....	9
11	Messagerie électronique	10
12	Sites intranet et internet de l'établissement.....	10
13	Secret professionnel	10
14	Continuité de service – Gestion des absences et des départs.....	11
15	Sanctions	11
16	Communication et acceptation de la charte.....	11

1 Préambule

La gestion de l'information est un enjeu majeur pour le bon fonctionnement de l'établissement. En effet, la maîtrise des flux et processus informationnels est source d'efficacité dans la prise en charge des usagers, et dans le travail quotidien des agents de l'établissement. Elle est également un facteur garantissant le respect des exigences légales et réglementaires liées à l'utilisation de données professionnelles, en l'occurrence, personnelles (traitement, conservation, secret médical, etc.).

Le système d'information, organisé par l'établissement, est mis à disposition d'utilisateurs internes ou extérieurs à celui-ci, relevant donc directement ou indirectement de son autorité, mais ce toujours dans le cadre de la réalisation des missions de service public.

Le système d'information occupe une place essentielle et spécifique dans la vie de l'établissement ; il fait à ce titre l'objet d'une politique de sécurité dédiée qui vise à assurer la disponibilité, l'intégrité, la traçabilité et la confidentialité des données qu'il comporte.

La présente charte définit les principes juridiques, les conditions et règles d'utilisation liées à la mise à disposition des moyens informatiques dans l'établissement. Elle précise les responsabilités, droits et devoirs de ce dernier et de l'utilisateur.

2 Définitions

On nomme « utilisateur » toute personne ayant accès au système d'information de l'établissement ou en utilisant les ressources informatiques dans le cadre de sa mission au sein de celui-ci, quel que soit son statut. Est ainsi notamment désigné :

- tout agent de l'établissement (titulaire ou non, stagiaire, vacataire, etc.);
- tout prestataire (partenaire privé ou public : entreprise, structure de coopération inter hospitalière, etc.) ayant passé un contrat avec l'hôpital (marché public, convention, etc.) ;
- toute autre personne ayant accès au système d'information de l'établissement (hébergé, invité).

On désigne par « ressources informatiques » :

- les moyens informatiques matériels : serveurs, ordinateurs, imprimantes, et tout autre équipement informatique ;
- les logiciels, qu'ils soient sur l'ordinateur de l'utilisateur ou accessibles à distance sur le serveur de l'établissement (lecteurs partagés), y compris les applicatifs métiers (GAM, USV2, GEF, RH, bureautique...) ;
- les ressources réseau : Internet, messagerie ;
- les données stockées sur les moyens informatiques.

Le « système d'information » représente l'ensemble des éléments participant à la gestion, au stockage, au traitement, au transport et à la diffusion de l'information au sein de l'établissement.

3 Engagements

L'établissement s'engage à :

- porter à la connaissance de l'utilisateur la présente charte ;
- mettre en œuvre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité du système d'information et la protection des utilisateurs ;
- faciliter l'accès des utilisateurs aux ressources du système d'information, étant entendu que les ressources mises à leur disposition sont prioritairement à usage professionnel, l'usage à titre privé étant, *a contrario*, résiduel ;
- veiller à ce que les ressources ne soient accessibles qu'aux personnes habilitées en fonction des missions qui leur ont été confiées, conformément à la Politique d'Accessibilité et d'Habilitation (PAH) de l'établissement ;
- surveiller et contrôler à des fins statistiques, de traçabilité réglementaire ou fonctionnelle, d'optimisation, de sécurité ou de détection des abus, uniquement dans le strict respect de la législation.

L'utilisateur contribue à la sécurité du système d'information. A ce titre :

- est responsable, en tout lieu, de l'usage qu'il fait du système d'information auquel il a accès. En aucun cas l'établissement ou la direction ne sauraient être tenus pour responsables d'une utilisation malveillante ou frauduleuse qui aurait causé des préjudices à des tiers, dans la mesure où elle s'est produite en dehors du cadre des attributions de l'agent ;
- s'interdit d'accéder ou de tenter d'accéder à des ressources du système d'information, pour lesquelles il n'a pas reçu d'habilitation explicite ;
- se conforme aux dispositifs mis en place par l'établissement pour lutter contre les attaques par programmes informatiques (vers, virus, etc.) ;
- applique les règles de confidentialité. Les utilisateurs ne doivent pas tenter de lire, de copier, de divulguer ou de modifier les fichiers d'un autre utilisateur sans y avoir été autorisés. Les utilisateurs du système d'information sont tenus au secret professionnel sur toute information relative au fonctionnement de l'établissement et/ou relative à toute information médicale qu'ils auraient pu obtenir ;
- signale à sa hiérarchie dans les meilleurs délais tout dysfonctionnement constaté, toute anomalie découverte (intrusion dans le système d'information, non déconnexion automatique au bout d'une heure d'inactivité, etc.) ou malveillance (usurpation de compte). Il informe également le service en charge du système d'information s'il a la possibilité d'accéder à une ressource qui ne correspond pas à son habilitation.

4 Accès au système d'information – politique d'accessibilité et d'habilitation

L'utilisation des ressources informatiques de l'établissement est soumise à autorisation préalable. Cette autorisation se traduit par :

- l'ouverture d'un compte ;
- l'utilisation d'un poste de travail et de matériel informatique ;
- l'accès au réseau, et, selon l'autorisation, l'attribution de droits d'accès :
 - à des progiciels ;
 - à des espaces réseau sauvegardés ;

- à internet ;
- à la messagerie ;
- l'accès à un espace local pour les « clients lourds », c'est-à-dire les ordinateurs ayant un disque dur (dont les données enregistrées ne sont pas sauvegardées sur des serveurs).

Les identifiants sont définis suivant les règles de l'établissement. Le matériel informatique reste la propriété de l'établissement ; l'utilisateur n'est pas autorisé à l'utiliser à domicile. Toute dérogation à ce principe (télétravail, astreinte...) doit être expressément autorisée par le chef d'établissement ou son représentant.

Dans la mesure du possible, l'utilisateur range sous clef les matériels mobiles (ordinateurs portables, tablettes, etc.) et les supports informatiques contenant des informations confidentielles (disque dur externe, clef USB, CD Rom ou autres supports ayant le même objet).

La Politique d'Accessibilité et d'Habilitation (P.A.H.) de l'établissement détermine en fonction du profil de l'agent les applications informatiques, et les droits au sein de ces applications, auxquels il peut accéder. Des dérogations, dûment justifiées, peuvent être admises par décision expresse du Directeur du Système d'Information, après avis du médecin responsable du DIM le cas échéant.

Toute demande informatique se fait sur intranet par le supérieur hiérarchique. Elle peut porter sur l'accès au réseau, l'attribution de matériel informatique, et sur les dérogations à la P.A.H.

L'utilisation des ressources informatiques de l'établissement est soumise à autorisation nominative donnée par le Directeur du Système d'Information, par délégation du Directeur d'établissement :

- pour les personnels de l'établissement par une demande informatique du supérieur hiérarchique de l'utilisateur ;
- pour les intervenants extérieurs, sur la base d'une convention ou d'une demande expresse écrite.

Par ailleurs, la création des comptes d'accès au dossier du patient informatisé nécessite préalablement le suivi d'une formation auprès des personnels de l'établissement habilités à la dispenser.

L'autorisation :

- est strictement personnelle et ne doit en aucun cas être cédée, même temporairement, à un tiers ;
- ne vaut que pour les activités conformes aux missions de l'établissement et réalisées dans le respect de la législation en vigueur ; le niveau des droits d'accès de l'utilisateur est défini en fonction de la mission qui lui est conférée.

La suspension des accès :

Dans le cas d'une absence prolongée, sur information de la direction des ressources humaines ou de la direction des soins, et pour des questions de sécurité, certains accès informatiques (dossier du patient, etc.) doivent être suspendus.

La fermeture des accès :

En cas de non-respect des règles définies dans la présente charte, le Directeur de l'établissement peut, sans préjuger des poursuites ou procédures de sanction pouvant être engagées à l'encontre des personnels, limiter les usages. Voir « sanctions ».

Lors du changement d'affectation ou du départ de l'agent, ses accès sont fermés dans les meilleurs délais sur information de la Direction des ressources humaines. L'agent en est informé préalablement afin qu'il puisse supprimer les éventuels documents à caractère privé. Toutefois, l'établissement est autorisé à conserver, après le départ de l'agent, des documents personnels privés, ces derniers étant considérés par défaut comme des documents professionnels.

Il appartient à l'agent de transmettre les documents dont il pourrait disposer sur ses espaces personnels aux personnes de son service.

5 Mesures générales de contrôle, actions de traçabilité, optimisation de sécurité ou détection des abus

Le Service informatique est chargé de veiller au bon fonctionnement et à la sécurité des réseaux et des systèmes. L'utilisateur des ressources informatiques est informé que le Service informatique possède les moyens techniques pour vérifier la conformité de l'utilisation du système d'information avec les objectifs professionnels. Cette vérification est faite dans le respect de la législation en vigueur et conformément à la «Charte de l'administrateur informatique», que chaque agent du Service informatique s'est engagé par écrit à respecter.

L'attention des utilisateurs est attirée sur le fait que les dispositifs de sécurité informatique (pare-feu, système de contrôle des accès, dispositif de gestion des habilitations, etc.) instaurés par l'établissement enregistrent les traces d'activité des systèmes, rendant possible leur analyse *a posteriori* par les agents du Service informatique, dont l'action ne se réalise que dans le respect des principes de transparence et de proportionnalité.

Dans cette optique, l'établissement peut mettre en place diverses mesures, comme :

- la vérification du trafic informatique entrant et sortant de l'établissement ainsi que le contrôle du trafic transitant sur le réseau interne ;
- l'interdiction d'accès à des sites ayant des activités interdites sur le territoire français, entraînant des addictions incompatibles avec le travail ou pouvant amener des installations sur les postes (interdiction des téléchargements, même légaux, hormis pour les personnels amenés à effectuer ces installations dans le cadre de leur travail) ;
- l'authentification ;
- le filtrage de la taille des fichiers joints ;
- la limitation de stockage individuel ;
- le contrôle *a posteriori* des données de connexion à Internet ;
- la conservation de fichiers de journalisation des traces de connexions globales ;
- la génération de fichiers de journalisation des connexions au système d'information hospitalier ;
- la limitation de l'utilisation de supports externes personnels (clés USB, disques durs externes, etc.) et de l'installation de logiciels ;
- le blocage de certains sites internet (jeux en lignes, réseaux sociaux, etc.);
- la mise en place d'audits internes pour vérifier que les consignes d'usage et les règles de sécurité et de sûreté sont appliquées sur les serveurs et les postes informatiques ;
- le recours à des audits externes pour contrôler les accès des administrateurs du système d'information dans le cadre des actions qui précèdent.

Les personnels et les instances sont informés des modalités de mise en œuvre de ces mesures.

6 Maintenance

L'établissement se réserve la possibilité de réaliser des interventions (le cas échéant à distance) sur les ressources informatiques mises à disposition de l'agent. Dans la mesure du possible, elles font l'objet d'une information préalable de celui-ci.

Ces opérations de maintenance peuvent avoir une optique préventive, corrective, curative ou évolutive. Elles relèvent exclusivement de la compétence des agents du Service informatique.

7 Utilisation professionnelle/utilisation privée

Le système d'information regroupe des outils de travail destinés à un usage professionnel. Néanmoins, ils peuvent également constituer le support d'une communication privée, sous certaines conditions :

- l'utilisation du système d'information à titre privé doit être non lucrative, raisonnable et résiduelle, tant dans sa fréquence, son volume et sa durée ;
- l'utilisation du système d'information à titre privé ne doit pas nuire à la qualité du travail de l'utilisateur, à son temps de travail, et au bon fonctionnement du service.

Toute information est réputée professionnelle à l'exclusion des données explicitement désignées par l'utilisateur comme relevant de sa vie privée (exemple un dossier intitulé « personnel » ou « privé »).

L'utilisateur est responsable de son espace de données à caractère privé. Lors de son départ définitif du service ou de l'établissement, l'utilisateur est invité à sauvegarder ou supprimer ses données à caractère privé. Il est procédé à la fermeture du compte, dans les conditions précitées, sauf demande particulière de l'utilisateur acceptée par l'établissement. A cette occasion, l'administration procède à l'écrasement des données. La responsabilité de l'administration ne peut être engagée quant à la conservation de cet espace.

L'utilisation des systèmes d'information à titre privé doit respecter la réglementation en vigueur. Autrement dit, la détention, la diffusion et l'exportation dans ou à partir du système d'information de l'établissement de ressources à caractère illicite ou pornographique sont strictement prohibées.

8 Installation et utilisation du matériel informatique

Le matériel informatique doit être utilisé avec soin, conformément aux recommandations émises par le service en charge des systèmes d'information.

Il est interdit de connecter directement aux installations, propriété de l'établissement, des matériels autres que ceux confiés ou autorisés par l'institution.

Tout utilisateur doit respecter les modalités de raccordement des matériels au réseau de communication interne et externe. Ces raccordements ne peuvent être modifiés qu'avec l'autorisation de la Direction.

L'installation de logiciels, y compris les logiciels libres ou gratuits, ainsi que la modification des paramètres du système par l'utilisateur, sont interdites. S'il estime qu'une modification est nécessaire sur son poste de travail, l'utilisateur doit contacter au préalable la direction chargée du Système d'Information qui jugera de l'opportunité de la demande. Le Service informatique se réserve le droit de désinstaller sans préavis les logiciels non autorisés, y compris les données de travail associées à ces logiciels.

L'installation sur un poste de travail professionnel de tout logiciel sans accord préalable, passible de sanction, fera l'objet d'un rapport du Service informatique auprès de la Direction de l'établissement.

9 Connexion/déconnexion et gestion du mot de passe

L'utilisateur ne doit pas quitter son poste de travail en laissant des ressources et/ou applications accessibles. La déconnexion ou le verrouillage de la session est obligatoire avec le raccourci touche WINDOWS + L.

Les mots de passe ne doivent en aucun cas être divulgués. L'autorisation est strictement personnelle. L'utilisateur ne doit surtout pas utiliser le compte d'un autre utilisateur, par quelque mode que ce soit (utilisation du code d'un autre agent, utilisation d'une session restée ouverte, etc.).

L'utilisateur doit choisir un mot de passe respectant les règles suivantes :

- le mot de passe doit contenir au moins 10 caractères (des lettres majuscule et minuscule, au moins 1 chiffre et 1 caractère spécial) ;
- le mot de passe devra être changé régulièrement, soit sur demande du logiciel, soit à défaut tous les 6 mois ;
- l'utilisateur sera prévenu de l'expiration de délai lorsque celui-ci arrivera à échéance ;
- un mot de passe dont la validité arrive à échéance ne pourra pas être réutilisé avant un an.

10 Fichiers informatiques et répertoires

Toute constitution de fichier contenant des données nominatives doit faire l'objet d'une déclaration auprès du délégué à la protection des données (DPO) qui l'inscrira au registre des traitements de l'établissement.

Les fichiers et répertoires créés par l'utilisateur grâce à l'outil informatique mis à sa disposition sont présumés avoir un caractère professionnel sauf s'il les identifie comme étant personnels.

Sauf à l'occasion d'un risque possible ou réel pour le système d'information, les personnels habilités par l'établissement ne peuvent avoir accès aux fichiers identifiés comme personnels qu'en présence de l'utilisateur. Toutefois, si ce dernier est absent, le personnel habilité peut accéder aux fichiers identifiés après avoir réalisé des démarches formelles pour l'en informer.

11 Messagerie électronique

La messagerie est un outil de travail ouvert à des usages professionnels mais elle peut constituer le support d'une communication privée dans les limites de la présente charte. Néanmoins, l'établissement recommande l'utilisation d'adresses de messagerie privée pour les correspondances à caractère privé.

L'utilisateur doit être vigilant sur le contenu des messages électroniques qu'il échange au même titre que pour les courriers traditionnels.

L'adresse électronique nominative est attribuée à un utilisateur qui la gère sous sa responsabilité. Elle est définie suivant les règles de l'établissement.

Tout message est réputé professionnel sauf s'il comporte une mention particulière et explicite indiquant son caractère privé. Dans ce cas, et afin de lui conserver son caractère de correspondance privée, l'utilisateur doit le déposer dans un dossier identifiable comme « personnel ». Cependant, il est rappelé que le secret des correspondances peut être levé dans le cadre d'une instruction pénale ou par une décision de justice.

L'utilisateur ne doit pas transformer des messages de nature professionnelle en correspondance « privée ».

Les messages électroniques sont archivés automatiquement. Les utilisateurs et les instances adéquates sont informés des modalités de l'archivage, de la durée de conservation des messages et des modalités d'exercice des droits d'accès définis dans la « Charte de l'administrateur informatique » de l'établissement.

Lors de son départ définitif, l'utilisateur contacte le Service informatique pour paramétrer sa messagerie afin d'indiquer aux émetteurs qu'il a quitté l'établissement, et à qui ils doivent maintenant s'adresser.

12 Sites intranet et internet de l'établissement

Toute publication de pages d'informations ou de documents sur les sites Internet ou Intranet de l'établissement doit être préalablement validée par un responsable explicitement habilité.

13 Secret professionnel

Le secret professionnel auquel sont soumis les agents de l'établissement implique le respect des règles d'éthique professionnelle et de déontologie. En tout état de cause, l'utilisateur est soumis au respect des obligations résultant de son statut ou de son contrat. Sauf accord exprès de l'autorité hiérarchique ou de l'intéressé, il n'est pas autorisé à consulter des documents qui ne relèvent pas de ses fonctions ou de ses attributions.

Le médecin responsable du Département de l'Information Médicale (DIM) est garant et responsable de la sécurité et de la confidentialité des données à caractère médical, notamment celles contenues dans le

dossier patient. L'accès à ce dernier répond à des règles précises que tout utilisateur est tenu de respecter.

Tout membre du personnel constatant un manquement à ces règles est tenu d'en informer, sa hiérarchie et, le cas échéant, le médecin responsable du DIM, qui doivent ensuite prévenir le Directeur ou son représentant.

14 Continuité de service – Gestion des absences et des départs

Aux seules fins d'assurer la continuité de service, l'utilisateur informe sa hiérarchie des modalités permettant l'accès aux ressources mises spécifiquement à sa disposition : chemin d'accès aux fichiers, emplacement des périphériques, etc.

A la seule condition que cet accès s'avère nécessaire à la poursuite de l'activité de l'établissement et sur demande du Directeur de l'établissement ou de son représentant, l'administrateur informatique peut avoir accès aux données stockées sur l'environnement informatique d'un salarié absent (messagerie, fichiers, supports de stockage). L'agent concerné sera informé de l'accès réalisé en son absence. Il peut lui être demandé de saisir un nouveau mot de passe. Cet accès ne peut pas concerner les données à caractère personnel.

15 Sanctions

Le non-respect par un utilisateur des règles édictées par la présente charte et du cadre légal et réglementaire en vigueur est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires internes à son encontre, et peut engager sa responsabilité civile, pénale et administrative.

16 Communication et acceptation de la charte

L'établissement informe par différents moyens de communication les utilisateurs du système d'information des dispositions de la présente charte.

Les référents informatiques de l'établissement sont notamment chargés de la communication de proximité et peuvent jouer le rôle d'intermédiaires entre les agents et le service informatique.

La charte est annexée au règlement intérieur et, à ce titre, revêt un caractère opposable aux utilisateurs du système d'information. Elle est remise aux agents à la signature de leur contrat de travail et est consultable sur le site intranet de l'établissement.

La charte est revue périodiquement.

Elle s'applique :

- aux agents, lors de leur arrivée dans l'établissement ;

- aux personnels contractuels, lors de la signature de leurs contrats ;
- aux stagiaires, lors de la signature de leur convention de stage ;
- à toute personne extérieure à l'établissement et présente pour une durée déterminée, lors de son arrivée.

CHARTE ADMINISTRATEUR INFORMATIQUE

**Version 1.0
2023**



Ce document est la propriété du GHT de Charente. Les informations qu'il contient sont la propriété du GHT et ne peuvent pas être reproduites en totalité ou en partie ou être transmises par tout moyen sans autorisation écrite.

CYCLE DE VIE DU DOCUMENT**AUTEURS**

Fonction	Nom	Date
RSI	VIGNAUD Pierre Hubert	01/2023

RELECTEURS

Fonction	Nom	Date
DPO	PIQUER Christophe	01/2023
RSSI	LAFORET Cédric	01/2023

VALIDATION

Fonction	Nom	Date
DSI	LAMARQUE Maria et DELOM Cyril	01/2023

HISTORIQUE DU DOCUMENT

Version	Date	Description	Détails
1.0	01/2023	Version initiale	

SOMMAIRE

1	Objet	4
2	Objectifs et champs d'applications.....	4
3	Cadre réglementaire – Documents de référence	4
4	Définitions	5
5	Cadre technique d'intervention.....	6
6	Règles régissant les interventions	8
7	Communication et acceptation de la charte.....	10

1 Objet

Ce document présente la **Charte administrateur informatique** du Groupement Hospitalier de Territoire de la Charente.

La présente charte a pour objet de formaliser les principales prérogatives et les principales obligations des administrateurs, dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions.

Afin d'assurer le fonctionnement du système d'information et la qualité du service fourni aux utilisateurs, les administrateurs informatiques sont amenée à effectuer diverses opérations techniques.

Ces opérations peuvent conduire les administrateurs à prendre connaissance d'informations de nature confidentielle, dans le respect des droits fondamentaux de l'utilisateur (Protection des données personnelles, vie privée, secret des correspondances, secret médical).

Les administrateurs informatiques sont soumis à la présente charte, ainsi qu'à la Charte de l'utilisateur du système d'information.

En signant cette charte, l'administrateur informatique reconnaît en avoir pris connaissance et s'engage librement à en appliquer strictement le contenu.

2 Objectifs et champs d'applications

La charte administrateur doit être signée par chaque agent du service informatique. Elle est systématiquement annexée au contrat de travail ou à la décision administrative de prise de poste et doit donc être signée préalablement à la prise de poste.

La présente charte s'applique aux personnes ayant accès au système de gestion et d'administration du système d'information et des services numériques du GHT de Charente et en particulier aux administrateurs (SI) internes, membres de la Direction du Système d'Information. Les prestataires, partenaires et tout administrateur du système d'information externe à la DSI du GHT se verront proposer une charte spécifique qui sera annexée au contrat ou à la convention qui les lie à l'établissement.

3 Cadre réglementaire – Documents de référence

Le cadre législatif et réglementaire de la sécurité de l'information dans les établissements de santé est large.

Il porte sur les grands thèmes suivants :

- Les droits et libertés reconnus aux utilisateurs du SI, notamment la liberté d'expression, les libertés syndicales, et la liberté académique reconnue aux universitaires.
- Le traitement numérique des données, et plus précisément le traitement de données à caractère personnel relatives à la santé et le respect de la vie privée.
- Le droit d'accès des patients et des professionnels de santé aux données médicales.
- L'hébergement de données médicales.
- Le secret professionnel et le secret couvrant les données à caractère personnel relatives à la santé.
- La signature électronique des documents.
- Le secret des correspondances.

- La lutte contre la cybercriminalité.
- La protection des logiciels, des bases de données et le droit d'auteur.

La présente Charte informatique tient compte de la réglementation sur la sécurité de l'information en vigueur.

Loi Informatique et Libertés :

La loi Informatique et Libertés est applicable dès lors qu'il existe un traitement, automatisé ou manuel, contenant des informations relatives à des personnes physiques.

Elle définit les principes à respecter lors de la collecte, du traitement et de la conservation de ces données et garantit un certain nombre de droits pour les personnes.

PGSSI-S – Guide ASIP-Santé « Règles pour les interventions s à distance sur les systèmes d'information de santé » – Décembre 2014 – V1.0 :

Ce guide définit les règles et les recommandations de sécurité relatives aux interventions effectuées à distance sur un système d'information de santé. Il détaille les règles de sécurité auxquelles doivent se conformer, au sein des structures juridiques utilisatrices de systèmes d'information de santé, les acteurs responsables de la mise en place et du suivi de prestations effectuées à distance.

4 Définitions

- « Administrateur » : personne qui dispose de droits d'accès privilégiés sur tout ou partie du système d'information dont il n'est pas que l'utilisateur.
- « Charte de l'administrateur » : formalisation des règles et procédures de sécurité propres aux administrateurs.
- « Direction Système d'Information (DSI) » : assure la responsabilité et la conduite du Service Système d'Information et Réseaux.
- « Donnée à caractère personnel » : toute information relative à une personne physique identifiée ou identifiable (personne concernée), directement ou indirectement, par référence à un numéro d'identification ou à un ou plusieurs éléments qui lui sont propres.
- « Matériel nomade » : moyens techniques, tels que notamment ordinateurs portables, terminal mobile, téléphones mobiles, tablettes, Smartphones (téléphone mobile avec fonction de d'assistant personnel) et éléments accessoires (CD, DVD, clés USB), équipements réseaux, équipements sans fil, dispositifs de communication à distance) mis à disposition de l'utilisateur et pouvant être utilisés à l'extérieur des établissements membres du GHT de Charente.
- « Messagerie » : tout courrier au format électronique transmis à l'aide des services informatiques mis à disposition. • « Peer to peer (ou point à point) » : procédé d'échange de fichiers électroniques directement entre des postes individuels d'utilisateurs connectés à Internet.
- « Ressources informatiques » : ensemble des moyens matériels, logiciels informatiques (ordinateurs fixes, ordinateurs portables, clés USB, CD, DVD, appareils photos, etc.), de communication électronique et de télécommunication (téléphonie, messagerie électronique, internet, intranet, etc.) mis à disposition des utilisateurs pour des utilisations internes (Intranet) et externes (Internet et réseaux privés ou publics de communication électronique).

- « Système(s) d'information(s) (SI) » : systèmes de traitement de l'information de l'établissement et de télécommunication, qui fournissent et distribuent des informations et permettent via les ressources informatiques et/ou de télécommunication, de les constituer, créer, échanger, diffuser, dupliquer, reproduire, stocker et détruire.
- « Utilisateur » : toute personne autorisée à utiliser les ressources informatiques de l'établissement et ce, quel que soit son statut : salariés, personnel intérimaire, stagiaires, personnel des prestataires extérieurs intervenant dans le cadre d'un contrat (marché, convention, etc.) de sous-traitance, ainsi que les consultants.

5 Cadre technique d'intervention

5.1 Missions

La qualité du service aux utilisateurs

Les administrateurs ont la charge de la bonne qualité du service fourni aux utilisateurs. Ils ont aussi le devoir d'assurer l'intégrité, la disponibilité, la confidentialité et la traçabilité des données échangées ou accessibles depuis le réseau informatique de l'établissement.

Ils sont soumis à l'autorité du Directeur du Système d'Information (D.S.I.) et peuvent dans ce cadre, après autorisation expresse :

- a. entreprendre toute démarche nécessaire au bon fonctionnement des ressources informatiques de l'établissement, et accéder à tout type d'information nécessaire à l'accomplissement de leur mission ;
- b. accéder à toute information utile à des fins de diagnostic et d'administration du système, en s'interdisant scrupuleusement de divulguer ces informations ;
- c. établir des procédures de surveillance de toutes les tâches exécutées sur la machine, afin de déceler toute anomalie.

La transparence des opérations effectuées

Les administrateurs ont un devoir d'information envers les utilisateurs :

- d. ils ont le devoir d'informer, dans la mesure du possible, les utilisateurs de toute intervention nécessaire, susceptible de perturber ou d'interrompre l'utilisation habituelle des moyens informatiques, y compris en cas d'intervention à distance ;
- e. ils s'engagent à informer expressément l'utilisateur de toute opération inhabituelle nécessitant l'accès à ses données personnelles sur son environnement, et des motifs de cet accès. L'administrateur doit être en mesure de justifier la nécessité d'accéder à toute information à caractère personnelle ou nominative;
- f. l'administrateur doit réaliser l'ensemble des opérations avec son propre compte dans la mesure des possibilités techniques. Si les contraintes techniques l'obligent à utiliser le compte d'un utilisateur, l'administrateur ne doit pas tenter de connaître

- g. si l'administrateur est amené à utiliser un compte non personnel (par exemple, le compte « administrateur » ou « root »), il devra être en mesure de justifier la nécessité de cette intervention.

La chaîne d'alerte

Les administrateurs ont le devoir d'informer immédiatement le responsable informatique de l'établissement ainsi que le directeur chargé du système d'information et le RSSI du GHT de toute tentative d'intrusion sur un système, ou de tout comportement d'utilisateur pouvant compromettre la sécurité du système informatique de l'établissement dont ils auraient eu connaissance pendant l'exercice de leurs missions.

L'administrateur s'engage à informer la Direction du Système d'Information des modalités et éventuelles difficultés de mise en œuvre de la politique de sécurité.

L'administrateur informe d'urgence la Direction de l'établissement et/ou son autorité hiérarchique toute alerte technique et de toute situation d'urgence rencontrées relatives au système d'information.

Il se tient à la disposition de toute autorité compétente et en particulier de toute autorité judiciaire et l'informe, ainsi que la Direction du Système d'Information des contenus illicites, notamment pédopornographiques ou diffamatoires qu'il constaterait.

L'administrateur s'engage à une obligation générale de conseil, d'information, de recommandation, d'alerte et de mise en garde auprès de son autorité hiérarchique et de la Direction de l'établissement.

En outre, l'administrateur assure une veille générale du système d'information et informe la Direction de l'établissement et/ou son autorité hiérarchique de tout dysfonctionnement qu'il pourrait constater ou de toute information relative à la sécurité (incidents venant de l'extérieur ou de l'intérieur).

La sensibilisation des utilisateurs

Les administrateurs ont le devoir :

- h. de sensibiliser les utilisateurs à l'usage professionnel des outils informatiques qui leur sont confiés, d'informer les utilisateurs des consignes techniques de sécurité à mettre en œuvre afin de préserver le système informatique notamment en ce qui concerne le choix des mots de passe ;
- i. de sensibiliser les utilisateurs aux risques juridiques encourus par l'établissement et eux-mêmes du fait de leur comportement répréhensible (installation de logiciels sans licence, copies de sauvegarde sans autorisation, usage illégal ou non conforme des ressources informatiques, constitution de fichiers nominatifs sans en informer la Commission Nationale Informatique Liberté et le DPO de GHT.

Cette sensibilisation s'effectuera par différents moyens de communication (notes d'information, formations, etc.).

L'administrateur agit en concertation avec le Responsable de la sécurité du système d'information (RSSI) et le Délégué à la protection de données (DPO) afin de se mettre en conformité avec les dispositions légales, en particulier celles issues de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, du Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel ainsi que de la loi du 10 juillet 1991 sur le secret des correspondances.

5.2 Moyens

Les sauvegardes automatiques

Pour sa gestion, chaque application utilisée par l'établissement génère des fichiers de données informatisées qu'il convient de sauvegarder régulièrement, pour assurer la continuité du Système d'Information Hospitalier en cas de perte ou altération de données.

Dans la mesure du possible et selon les moyens disponibles, ces données sont sauvegardées de manière à assurer toute récupération de données.

Le service informatique s'engage à prendre toute précaution utile afin que ces données ne soient pas altérées, détruites ou communiquées à des tiers non autorisés.

La traçabilité des opérations informatiques

Les serveurs informatiques enregistrent automatiquement des traces de chaque opération. Ces traces peuvent être nominatives. Cette traçabilité s'exerce dans le cadre des dispositions juridiques en vigueur et des recommandations émises par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Ces traces ont deux objectifs exclusifs :

- assurer le bon fonctionnement des services et déterminer leurs nécessaires améliorations ;
- détecter toute anomalie de sécurité et être à même de mener les enquêtes correspondantes.

Les traces se composent des données techniques exécutées par chaque type d'opération (date et heure de l'opération, numéro d'identification de la machine, identifiant du compte de l'utilisateur, détail de l'opération effectuée). Elles sont conservées à l'état brut sous forme de journaux, propres à chaque type d'application qui les génère.

Elles sont utilisées si besoin est, conformément aux objectifs d'assurer le maintien d'un service de qualité et de préserver la sécurité du système informatique.

Elles peuvent être exploitées sous forme de :

- j. statistiques non individuelles ;
- k. analyses par machine des opérations effectuées ;
- l. recherches manuelles ciblées sur un type de problème.

Les administrateurs s'engagent à n'utiliser les traces que si un motif légitime les y oblige, conformément aux droits et devoirs que leur confèrent leurs missions.

6 Règles régissant les interventions

Les administrateurs s'engagent à ne pas violer les droits et libertés fondamentaux de l'utilisateur, tels que décrits ci-dessous :

- le droit au respect de la vie privée : respect du contenu des fichiers de données à caractère privé clairement identifiés comme tels ;
- le droit au secret des correspondances.

Précautions particulières lors du traitement de données personnelles

Des précautions particulières s'imposent pour les administrateurs ayant connaissance de données à caractère personnel. Ils ne doivent ni les divulguer, ni les détourner de la finalité de leur traitement initial (défini par disposition législative, acte réglementaire, décision de la CNIL autorisant le traitement automatisé, ou déclaration préalable à la mise en œuvre de ce traitement).

Accès aux données personnelles de l'utilisateur sur son poste de travail

Accès direct sur les postes (intervention sur site)

Les données enregistrées par les utilisateurs dans leur propre environnement informatique sont parfois de nature personnelle. Leur accès ne peut être justifié que dans les cas où le bon fonctionnement des systèmes informatiques ne pourrait être assuré par d'autres moyens moins intrusifs, et dans la mesure où l'utilisateur en est informé.

Accès indirect sur les postes (intervention à distance)

Toute personne utilisatrice des réseaux de communication électronique doit être informée de manière claire et complète de tout accès à distance sur son environnement informatique, au début et à la fin de l'intervention. Cette information peut être faite oralement, par téléphone.

Les accès à distance ne peuvent être utilisés qu'à fin de maintenance et non de contrôle de l'activité de l'employé.

Accès à la messagerie électronique des agents

Conditions d'accès aux courriers électronique

Un contrôle résiduel, non individualisé, peut être exercé sur les données publiques de la messagerie (fréquence, volume, format des pièces jointes, émetteur, destinataire, objet).

Il n'est autorisé d'accéder au contenu des messages professionnels qu'après information de l'agent, dans la mesure du possible, et uniquement dans l'objectif d'assurer la continuité de service de l'établissement.

L'administrateur informatique ne peut accéder au contenu d'un message ou dossier dont l'intitulé permet clairement de lui conférer un caractère personnel, sauf en cas impérieux de sauvegarde de l'intégrité du système d'information. Dans cette situation, l'administrateur informatique informe sans délai le DSI ou, en son absence, le directeur de l'établissement, et attend son accord exprès pour agir.

Cas d'un agent absent

La seule condition que cet accès s'avère nécessaire à la poursuite de l'activité de l'établissement et sur demande du Directeur de l'établissement ou de son représentant, l'administrateur informatique peut avoir accès aux données stockées sur l'environnement informatique d'un salarié absent (messagerie, fichiers, supports de stockage). L'agent concerné sera informé de l'accès réalisé en son absence. Il peut lui être demandé de saisir un nouveau mot de passe. Cet accès ne peut pas concerner les données à caractère personnel.

Obligation de confidentialité et secret professionnel

L'administrateur informatique est soumis au strict respect du secret professionnel. Il a le devoir de transmettre à sa hiérarchie et aux autorités judiciaires tous les faits constitutifs de délits ou de crimes dont il pourrait avoir connaissance durant l'exercice de sa mission.

Il a également le devoir d'informer immédiatement le Directeur chargé du système d'information, ou en son absence le chef d'établissement, de toute tentative d'intrusion frauduleuse sur le système informatique de l'établissement.

Il informera immédiatement sa hiérarchie et le responsable du Département d'Information Médicale de toutes les anomalies constatées touchant la sécurité et la confidentialité des données couvertes par le secret médical.

Par ailleurs, l'administrateur informatique a le devoir de désobéir à tout ordre qui aurait pour conséquence de lui faire commettre une infraction.

En tant que gardiennes des libertés individuelles, seules les autorités judiciaires ont la faculté de déroger à ces principes selon une procédure définie par la loi.

Les comptes administrateurs bénéficiant d'une élévation de privilèges (droits) sur le système d'information afin d'en assurer le maintien en condition opérationnel, les mots de passes des administrateurs seront défini selon le principe suivant :

- le mot de passe contiendra au moins 16 caractères (des lettres majuscule et minuscule, au moins 1 chiffre et 1 caractère spécial) ;
- le mot de passe devra être changé régulièrement, soit sur demande du logiciel, soit à défaut tous les 3 mois ;

7 Communication et acceptation de la charte

L'administrateur par sa signature de la présente charte reconnaît avoir lu et déclare avoir compris la présente charte et les règles déontologiques et de sécurité auxquelles il est également soumis.

Cette charte signée est conservée dans le dossier de l'agent sous la responsabilité de la direction des ressources humaines.

Elle est consultable sur l'intranet de l'établissement et sera revue périodiquement pour tenir compte des évolutions techniques, organisationnelles et réglementaires.

Tout administrateur s'engage à respecter la présente charte lors de tout accès au système d'information ou aux services numériques

Nom :

Prénom :

Date :

Signature précédée de la mention : « Lue et acceptée »

CHARTE PRESTATAIRE

**Version 1.0
2023**



Ce document est la propriété du GHT de Charente. Les informations qu'il contient sont la propriété du GTH et ne peuvent pas être reproduites en totalité ou en partie ou être transmises par tout moyen sans autorisation écrite.

CYCLE DE VIE DU DOCUMENT**AUTEURS**

Fonction	Nom	Date
RSI	VIGNAUD Pierre Hubert	01/2023

RELECTEURS

Fonction	Nom	Date
DPO	PIQUER Christophe	01/2023
RSSI	LAFORET Cédric	01/2023

VALIDATION

Fonction	Nom	Date
DSI	LAMARQUE Maria et DELOM Cyril	01/2023

HISTORIQUE DU DOCUMENT

Version	Date	Description	Détails
1.0	01/2023	Version initiale	

SOMMAIRE

1	Objet.....	4
2	Objectifs	4
3	Cadre réglementaire – Documents de référence	4
4	Dispositions administratives générales	4
5	Consignes de sécurité pour le personnel du fournisseur	5
6	Règles régissant les interventions	5
7	Accès physique sur site	5
8	Accès distant au système d'information	6
9	Dispositions particulières pour la sécurité du système d'information.....	7
10	Communication et acceptation de la charte.....	7

1 Objet

Ce document présente la **Charte prestataire** du Groupement Hospitalier de Territoire de la Charente.

La Charte prestataire a pour objet de sensibiliser les intervenants extérieurs au respect des règles de confidentialité, et des règles permettant d'assurer la sécurité et la performance du Système d'information de l'établissement.

Elle décrit les règles de sécurité relatives aux interventions de tiers fournisseurs ou prestataires de services télécoms.

En signant cette charte, le fournisseur ou prestataire reconnaît en avoir pris connaissance et s'engage librement à en appliquer strictement le contenu.

2 Objectifs

La charte est systématiquement annexée au CCTP ou au cahier des charges pour l'acquisition de matériels, logiciels, systèmes ou solutions en relation avec le Système d'Information. Elle doit donc être signée préalablement à la notification du marché.

La charte fournisseur doit être signée par le représentant du fournisseur.

Pour les prestataires déjà sous contrat, la charte doit être également signée, lors d'un renouvellement de contrat par exemple.

Dans la mesure du possible, et en relation avec le service biomédical, elle s'applique également aux systèmes d'information des équipements biomédicaux.

3 Cadre réglementaire – Documents de référence

Loi Informatique et Libertés :

La loi Informatique et Libertés est applicable dès lors qu'il existe un traitement, automatisé ou manuel, contenant des informations relatives à des personnes physiques.

Elle définit les principes à respecter lors de la collecte, du traitement et de la conservation de ces données et garantit un certain nombre de droits pour les personnes.

PGSSI-S – Guide ASIP-Santé « Règles pour les interventions s à distance sur les systèmes d'information de santé » – Décembre 2014 – V1.0 :

Ce guide définit les règles et les recommandations de sécurité relatives aux interventions effectuées à distance sur un système d'information de santé. Il détaille les règles de sécurité auxquelles doivent se conformer, au sein des structures juridiques utilisatrices de systèmes d'information de santé, les acteurs responsables de la mise en place et du suivi de prestations effectuées à distance. Certaines règles sont destinées à être appliquées par les fournisseurs des interventions à distance.

4 Dispositions administratives générales

Toutes les prestations réalisées le sont soit à partir de la zone de l'Union Européenne, soit en respectant les règles définies par la CNIL pour les prestations hors zone de l'Union Européenne (<http://www.cnil.fr/vos-obligations/transfert-de-donnees-hors-ue/>).

Le fournisseur est tenu de déclarer tout changement relatif à sa situation administrative. Cette déclaration peut être mise à disposition, via internet sur l'espace client du site du fournisseur, associée à une notification des clients par message électronique.

Le fournisseur informe, dès la signature du contrat, l'Etablissement de la possibilité d'utilisation de la sous-traitance. En cas de recours à la sous-traitance, le fournisseur répercute les exigences qui lui sont applicables vers le sous-traitant, sous son entière responsabilité

5 Consignes de sécurité pour le personnel du fournisseur

Le fournisseur s'engage vis-à-vis de la confidentialité des informations auxquelles son personnel peut avoir accès. Chaque personne concernée (intervenant sur site ou à distance) signe un engagement individuel de confidentialité annexé à son contrat de travail ou annexé au contrat entre le fournisseur et l'Etablissement.

Le fournisseur s'engage vis-à-vis des actions que son personnel peut effectuer. Chaque personne concernée doit avoir signé un engagement individuel de limitation de ses actions au seul besoin des interventions.

Le fournisseur doit sensibiliser les personnes autorisées, à la sécurisation des accès (physiques et logiques) des postes d'intervention tant à distance que sur site client et fournir le cas échéant les postes d'intervention et les moyens de sécurité associés.

6 Règles régissant les interventions

Le fournisseur s'engage formellement à :

- a. ne prendre aucune copie des documents et supports d'informations qui lui sont confiés, à l'exception de celles nécessaires à l'exécution de la présente prestation prévue au contrat, l'accord préalable du propriétaire du fichier est nécessaire ;
- b. ne pas utiliser les documents et informations traités à des fins autres que celles spécifiées au présent contrat ;
- c. ne pas divulguer ces documents ou informations à d'autres personnes, qu'il s'agisse de personnes privées ou publiques, physiques ou morales ;
- d. prendre toutes mesures permettant d'éviter toute utilisation détournée ou frauduleuse des fichiers informatiques en cours d'exécution du contrat ;
- e. prendre toutes mesures de sécurité, notamment matérielle, pour assurer la conservation et l'intégrité des documents et informations traités pendant la durée du présent contrat ;
- f. et en fin de contrat procéder à la destruction de tous fichiers manuels ou informatisés stockant les informations saisies.

7 Accès physique sur site

Tout fournisseur doit connaître et appliquer les politiques, procédures et standards de sécurité de l'établissement lorsque celui-ci intervient dans les locaux de l'établissement de santé ou lors de la fourniture de service informatique (mise à disposition de matériel informatique, accès logique, etc.).

Les règles d'accès sont les suivantes :

- Toute intervention est nécessairement planifiée au travers d'un processus impliquant une demande d'autorisation préalable.
- Lors d'un accès sur site, le personnel du fournisseur est accompagné sur site en zone sensible par un personnel habilité de la DSI ou des services techniques.
- Les travaux réalisés et l'éventuelle remise en état avant de quitter le site, font l'objet d'un procès-verbal de la part de la DSI pour les opérations sensibles.

Le fournisseur s'engage à respecter les procédures et processus définis par l'établissement pour accéder aux informations qui lui sont nécessaires pour remplir ses fonctions. Il s'engage aussi à ne pas essayer d'outrepasser les mesures et contrôles d'accès en place, pour quelque raison que ce soit.

8 Accès distant au système d'information

Le fournisseur doit fournir une liste nominative actualisée des personnes pouvant solliciter une intervention à distance.

Le fournisseur doit assurer la sécurité de sa plateforme d'intervention à distance, des points de vue accessibilité, protection des données et des logiciels.

Le fournisseur doit restreindre les accès logiques des postes d'intervention aux seules personnes autorisées.

Le fournisseur doit restreindre autant que faire se peut les accès physiques des postes d'intervention aux seules personnes autorisées.

S'il le désire, la DSI a la possibilité de faire réaliser des contrôles des dispositions de sécurité prises par le fournisseur pour la réalisation de sa prestation.

Le fournisseur doit être en mesure de déterminer en toute circonstance l'identité de toute personne qui se connecte ou s'est connectée sur sa plateforme et en assurer la traçabilité.

Le fournisseur doit mettre en œuvre des moyens et des procédures conformes aux règles de l'art, pour lutter contre les incidents pouvant affecter la sécurité du système de l'établissement ou ses informations ou la sécurité de l'intervention elle-même. Cette exigence concerne :

- la lutte contre les incidents de sécurité dans l'environnement humain, organisationnel, technique ou physique du fournisseur et pouvant affecter la sécurité de la prestation fournie ;
- la lutte contre les codes malveillants et contre l'exploitation de vulnérabilités connues, dans les moyens informatiques ou de télécommunication mis en place pour la prestation dans le système d'information, sous la responsabilité du fournisseur.
- la lutte contre la propagation de codes malveillants ou d'incidents de sécurité à partir de la plateforme du fournisseur, au travers des échanges électroniques effectués au titre de la prestation ;
- la lutte contre les codes malveillants dans les logiciels transmis au titre de la prestation ou dans leur mise à jour, et contre l'exploitation de vulnérabilités connues dans ces éléments.

Le fournisseur doit veiller à ce qu'à l'issue de chaque intervention à distance, les données résiduelles (fichiers temporaires ou zones de mémoire vive) en provenance du SIS soient effacées de la plateforme.

Toute intervention de télémaintenance doit faire l'objet d'une communication transmise à la DSI dans les meilleurs délais.

9 Dispositions particulières pour la sécurité du système d'information

Dispositions mises en œuvre par la DSI sur le Système d'Information de l'établissement.

- a. Les comptes utilisateurs prestataires bénéficiant de privilèges (droits) sur le système d'information afin d'en assurer le maintien en condition opérationnel, les mots de passes seront défini selon le principe suivant :
 - le mot de passe contiendra au moins 16 caractères (des lettres majuscule et minuscule, au moins 1 chiffre et 1 caractère spécial) ;
 - le mot de passe devra être changé régulièrement, soit sur demande du logiciel, soit à défaut tous les 3 mois ;
- b. La connexion directe du télé-mainteneur sur des équipements contenant des applications ou des informations à caractère personnel doit être évitée.
- c. Dans la mesure du possible, le télé-mainteneur devra demander une autorisation d'accès au service informatique par téléphone. En cas d'urgence, il informe l'établissement de chaque opération de maintenance dont il prend l'initiative (natures des opérations, noms des intervenants). En fin d'intervention ou en cas de complications, il tient informé la DSI des difficultés et solutions mises en œuvre à travers un compte rendu écrit d'intervention.
- d. Le centre hospitalier met à disposition du télé-mainteneur un accès via son bastion, son extranet ou via un client VPN pour toute opération à distance. Celui-ci doit être fortement privilégié :
 - Le point d'accès distant est protégé contre les attaques logiques en provenance des réseaux et son contournement en vue d'accéder au réseau du système d'information ne doit pas être possible dans la pratique.
 - Tout accès distant est tracé et conservé.
 - Les échanges entre la plateforme d'intervention et le point d'accès distant au système d'information sont protégés par des fonctions de chiffrement et d'authentification mutuelle. Ces fonctions sont de préférence conformes au Référentiel Général de Sécurité (RGS).
- e. Si le point d'accès distant n'est pas la solution adoptée, il appartient au service informatique de décider sur recommandation du fournisseur de la solution et du protocole utilisés pour l'échange entre les équipements objets de l'intervention et la plateforme. Dans ce cas les échanges doivent être protégés de bout en bout par des fonctions de chiffrement et d'authentification mutuelle ; ces fonctions étant de préférence conformes au Référentiel Général de Sécurité (RGS).

Chaque équipement objet d'une télésurveillance ou d'une télémaintenance dispose d'un compte réservé à cette fin et dont les paramètres d'identification et d'authentification sont différents de ceux de tout autre équipement

10 Communication et acceptation de la charte

Les membres du service informatique de l'établissement sont chargés de la communication de cette charte auprès des différents partenaires.

Règlement intérieur du centre hospitalier Camille Claudel
La charte est revue périodiquement.

Nom :

Prénom :

Date :

Signature précédée de la mention : « Lue et acceptée »