



# Règlement intérieur du Centre Hospitalier Camille Claudel

Version Décembre 2025



# SOMMAIRE

• CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES .....	6
➤ SECTION 1 : LA DIRECTION ET LES INSTANCES .....	6
Le Directeur .....	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 et la formation spécialisée en matière de santé, sécurité et de conditions de travail .....	7
La commission des usagers .....	7
➤ SECTION 2 : LES ORGANES CONSULTATIFS SPECIALISES .....	7
Les commissions administratives paritaires locales .....	7
Le comité de liaison en alimentation et nutrition .....	7
Le comité de lutte contre les infections nosocomiales .....	8
Le comité de lutte contre la douleur .....	8
➤ SECTION 3 : L'ORGANISATION INTERNE .....	8
L'organisation en pôles d'activité .....	8
➤ SECTION 4 : LE DEPARTEMENT D'INFORMATION MEDICALE .....	10
Le département d'information médicale .....	10
• CHAPITRE 2 : LA POLICE GÉNÉRALE DE L'ÉTABLISSEMENT .....	11
➤ SECTION 1 : L'ACCÈS ET LA CIRCULATION .....	11
L'accès au site .....	11
La circulation .....	12
Le stationnement .....	12
➤ SECTION 2 : LES MESURES DE SÉCURITÉ .....	12
Le contrôle des effets personnels .....	12
Exclusion des fauteurs de troubles .....	12
Fermeture des portes en fin de journée .....	12
➤ SECTION 3 : LES SITUATIONS RÉGLEMENTÉES .....	13
Journalistes, photographes, démarcheurs .....	13
L'usage des téléphones portables et autres appareils sonores .....	13
➤ SECTION 4 : LES COMPORTEMENTS INTERDITS .....	13
Interdiction de fumer .....	13
Interdiction de consommer de l'alcool .....	13
Introduction de stupéfiants et de médicaments .....	13
Les relations sexuelles .....	14
Introduction d'armes .....	14
Protection du droit à l'image .....	14
La présence d'animaux .....	14

➤ <a href="#"><u>SECTION 5 : LES SITUATIONS DE CRISE</u></a> .....	15
● <b>CHAPITRE 3 : LES RÈGLES D'ADMISSION ET DE SÉJOUR</b> .....	<b>16</b>
<i>Dispositions communes aux hospitalisations libres et sans consentement</i> .....	
Soins urgents .....	16
Dépôt de biens et de valeurs .....	16
Régimes d'hospitalisation .....	16
Prise en charge des frais de séjour .....	16
Hospitalisation d'un étranger .....	17
Placement sous sauvegarde de justice .....	17
➤ <a href="#"><u>SECTION 1 : L'ADMISSION EN HOSPITALISATION LIBRE</u></a> .....	17
Le prononcé de l'admission .....	17
Le libre choix du service .....	17
Soins urgents .....	18
Sortie contre avis médical .....	18
Hospitalisation d'un mineur .....	18
Hospitalisation d'un militaire .....	19
Hospitalisation d'un toxicomane .....	19
➤ <a href="#"><u>SECTION 2 : L'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES A LA DEMANDE D'UN TIERS OU EN CAS DE PERIL IMMINENT</u></a> .....	19
➤ <a href="#"><u>SECTION 3 : L'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES SUR DECISION DU REPRESENTANT DE L'ÉTAT</u></a> .....	20
➤ <a href="#"><u>SECTION 4 : MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION</u></a> .....	20
➤ <a href="#"><u>SECTION 5 : LES CONDITIONS DE SEJOUR DES PERSONNES HOSPITALISEES</u></a> .....	20
Accueil dans l'établissement .....	20
Non divulgation de la présence .....	21
Soins somatiques .....	21
Ouverture des portes – liberté d'aller et venir .....	21
Rencontres des médecins avec les familles .....	21
Visites dans les unités de soins .....	21
Visites effectuées par des enfants .....	22
Visites d'associations de bénévoles .....	22
Introduction de denrées ou de boissons dans les services .....	22
Exercice du culte .....	22
Non-discrimination .....	22
Opérations postales .....	22
Téléphone .....	22
Restauration .....	23
Hygiène .....	23
Entretien du linge .....	23
➤ <a href="#"><u>SECTION 6 : LA SORTIE DE L'USAGER</u></a> .....	23
<i>Dispositions communes aux hospitalisations libres et sans consentement</i> .....	
Bulletin de sortie .....	23
Information du médecin traitant .....	23
Documents à fournir à l'usager au moment de sa sortie .....	24
Choix de la société d'ambulance par l'usager au moment de sa sortie .....	24
Questionnaire de sortie .....	24
<i>Sortie des personnes hospitalisées librement</i> .....	24
Permissions .....	24

Sorties définitives .....	24
Transfert pour raisons médicales .....	24
<i>Sortie des personnes hospitalisées sans leur consentement</i> .....	24
➤ <u>SECTION 7 : USAGER EN FIN DE VIE</u> .....	25
➤ <u>SECTION 8 : DECES DE L'USAGER</u> .....	25
Information des proches .....	25
Constatation du décès .....	25
• <b>CHAPITRE 4 : LES DROITS ET RECOURS</b> .....	26
➤ <u>SECTION 1 : LES DROITS DE L'USAGER</u> .....	26
Droit d'accès aux informations médicales .....	26
Droit au respect de la confidentialité .....	26
Droit au respect de la dignité .....	26
Droit d'exprimer ses observations .....	26
Droit de désigner une personne de confiance .....	26
Information des usagers victimes d'évènements indésirables .....	27
Information des patients hospitalisés sans leur consentement .....	27
➤ <u>SECTION 2 : LES RECOURS OFFERTS AUX USAGERS</u> .....	27
Dépôt de plaintes et de réclamations .....	27
La commission des usagers .....	28
➤ <u>SECTION 3 : LE FONDS DE SOLIDARITE</u> .....	28
• <b>CHAPITRE 5 : DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL NON MÉDICAL</b> .....	29
➤ <u>SECTION 1 : DISPOSITIONS RELATIVES AU RESPECT DE L'USAGER</u> .....	29
Devoir d'information du public .....	29
Secret professionnel .....	29
Obligation de discréction professionnelle .....	30
Devoir général de réserve .....	30
Respect de la liberté de conscience et d'opinion .....	30
Respect du principe de laïcité et de l'obligation de neutralité .....	31
Respect du confort des usagers .....	31
Exigence d'une tenue correcte .....	32
Identification vis-à-vis des interlocuteurs .....	32
Accueil et respect du libre choix des familles .....	32
➤ <u>SECTION 2 : DISPOSITIONS RELATIVES AU COMPORTEMENT PROFESSIONNEL</u> .....	32
Obligation de dignité, de probité, d'impartialité et d'intégrité .....	32
Obligation de désintéressement et de déclaration d'intérêts .....	33
Cumul d'activités (à titre dérogatoire) et exercice d'activités privées par des agents publics ayant cessé leurs fonctions .....	33
Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou espèces .....	34
Exécution des instructions reçues .....	34
Droit de grève, assignations .....	35
Assiduité et ponctualité .....	35
Information du supérieur hiérarchique .....	35
Obligation de signalement des incidents ou risques .....	35
Témoignage en justice ou auprès de la police .....	36
Bon usage des biens de l'hôpital .....	36
Bonne utilisation du système d'information .....	36
Obligation de déposer les biens confiés par les usagers .....	36

Respect des règles d'hygiène et de sécurité .....	36
Dispositions relatives à la violence au travail entre professionnels .....	37
 ➤ <u>SECTION 3 : DROITS DU PERSONNEL</u> .....	37
Liberté d'opinion – Non-discrimination .....	37
Liberté d'expression .....	38
Liberté syndicale .....	38
La protection fonctionnelle .....	38
Droit d'accès à son dossier administratif et médical.....	39
Droit aux congés .....	39
Droit à la formation .....	39
Santé et sécurité des conditions de travail .....	39
 ➤ <u>SECTION 4 : DISPOSITIONS RELATIVES A L'ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL</u> .....	44
Organisation du temps de travail .....	44
 ● <b>CHAPITRE 6 : DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL MÉDICAL</b> .....	46
Déontologie médicale .....	46
Praticiens .....	46
Dispositions spécifiques aux pharmaciens gérant une pharmacie à usage intérieur.....	47
Continuité des soins et permanence pharmaceutique .....	47
Etudiants de 3 <sup>ème</sup> cycle .....	48
Praticiens à diplôme hors Union Européenne.....	48
Cumul d'activités des personnels médicaux et pharmaceutiques .....	48
Présence des visiteurs médicaux sur le site du centre hospitalier Camille Claudel .....	49
 ● <b>CHAPITRE 7 : DISPOSITIONS DIVERSES</b> .....	50
Mise à disposition du règlement intérieur .....	50
Mise à jour du règlement intérieur .....	50
 ➤ <u>ANNEXES</u>	
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

- **LE DIRECTEUR**

### **Article 1 :**

Les missions du Directeur 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)**

Conformément à l'article R6144-3-2, la composition de la Commission Médicale d'Etablissement est fixée comme suit :

- L'ensemble des chefs de pôle ;
- 5 représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles ;
- 3 représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement ;

- 2 représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement ;
- 3 représentants des internes (1 représentant pour les internes en psychiatrie, 1 représentant pour les internes en médecine générale, 1 représentant pour les internes en pharmacie).

Le rôle du Président de la CME est 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'établissement (CSE) et la formation spécialisée en matière de santé, sécurité et de conditions de travail (F3SCT)**

Les missions et les règles de fonctionnement du CSE et de la F3SCT sont prévues aux articles R253-11 et suivants du code général de la fonction publique.

#### **Article 7 :**

#### **La commission des usagers (CDU)**

La mission de la commission des usagers, sa composition et son fonctionnement sont définis dans les articles R1112.79 et suivants du code de la santé publique.

### **SECTION 2 – LES ORGANES CONSULTATIFS SPÉCIALISÉS**

#### **Article 8 :**

#### **Les commissions administratives paritaires locales (CAPL)**

L'organisation et le fonctionnement des CAPL sont prévus par le décret n°2024-1038 du 6 novembre 2024.

#### **Article 9 :**

#### **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.

## **Article 10 :**

### **Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)**

Le Comité de lutte contre les infections nosocomiales est une sous-commission de la CME qui a pour missions principales :

- La prévention des infections nosocomiales et du risque infectieux lié aux soins, notamment par l'élaboration et la mise en œuvre de recommandations de bonnes pratiques d'hygiène
- La surveillance des infections nosocomiales et de leur signalement
- La définition d'actions d'information et de formation de l'ensemble des professionnels de l'établissement en matière d'hygiène hospitalière et de lutte contre les infections nosocomiales
- L'évaluation périodique des actions de lutte contre les infections nosocomiales, dont les résultats sont utilisés pour l'élaboration des programmes ultérieurs d'actions

## **Article 11 :**

### **Le comité de lutte contre la douleur (CLUD)**

Le Comité de lutte contre la douleur coordonne les actions contre la douleur menées au sein de l'établissement.

Les missions du CLUD s'inscrivent dans les orientations du projet d'établissement, du projet médical et de soins en lien avec les différents plans ministériels et les recommandations de la Haute Autorité de Santé. La prise en compte de la douleur constitue le critère de qualité et d'évolution d'un système de santé. Son évaluation et sa prise en compte est un véritable enjeu de santé publique.

## **SECTION 3 – L'ORGANISATION INTERNE**

### **L'organisation en pôles d'activité**

## **Article 12 :**

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

- **4 pôles cliniques :**
  - ❖ **Pôle accueil, orientation, addictions et autisme**
  - ❖ **Pôle de santé mentale adultes**
  - ❖ **Pôle de santé mentale enfants et adolescents**
  - ❖ **Pôle Santé Intégrative et Préventive**
- **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 de l'usager 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, le chef de pôle est nommé par décision conjointe du Directeur et du Président de la CME.

Un contrat de pôle est établi et signé par le Directeur, le chef de pôle et le président de la CME. Ce dernier en vérifie la cohérence avec le projet médico-soignant.

Ce contrat 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 également les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ses objectifs et précise les modalités d'intéressement éventuel aux résultats ainsi que le périmètre de la délégation de gestion.

Le chef de pôle d'activité clinique 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 contrat de pôle est conclu pour une durée de 4 ans. Il est complété ou modifié par voie d'avantage 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 13 :**

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 14 :**

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

##### **Article 15 :**

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.

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.

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.

##### **Article 16 :**

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 17 :**

Pour accéder au 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 18 :**

Les règles du code de la route s'appliquent pour la circulation sur le site.

### **Article 19 :**

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 20 :**

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 21 :**

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

Dans tous les cas, le consentement de l'usager doit être recherché.

### **Exclusion des fauteurs de troubles**

#### **Article 22 :**

Tout visiteur qui cause des troubles sur le site d'hospitalisation, à l'intérieur ou à l'extérieur des bâtiments et perturbe tant les usagers 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 23 :**

Lorsqu'un usager, 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 24 :**

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 RÈGLEMENTÉES

### **Journalistes, photographes, démarcheurs**

#### **Article 25 :**

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas accès auprès des usagers, 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, tablettes, appareils multimédia et autres appareils sonores**

#### **Article 26 :**

Les usagers pourront utiliser les récepteurs de radio ou autres appareils sonores sous condition de ne pas troubler le repos et la tranquillité des autres usagers.

#### **Article 27 :**

L'usage des téléphones portables ou de tout autre appareil multimédia doit respecter la tranquillité des autres usagers. Leur utilisation 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 de l'usager.

Le retrait d'un téléphone portable ne peut être qu'individualisé, argumenté, expliqué, tracé et évalué régulièrement.

## SECTION 4 – LES COMPORTEMENTS INTERDITS

### **Interdiction de fumer**

#### **Article 28 :**

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

Cette interdiction s'applique également pour tous les espaces extérieurs dans les structures prenant en charge des mineurs.

### **Interdiction de consommer de l'alcool**

#### **Article 29 :**

Il est strictement interdit de consommer de l'alcool dans l'établissement. Cette interdiction s'applique aussi bien aux usagers 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 30 :**

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

**Article 31 :**

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 32 :**

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

**Introduction d'armes****Article 33 :**

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

**Article 34 :**

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

- Tout objet susceptible de constituer une arme dangereuse pour la Sécurité Publique et notamment les baïonnettes, sabres, 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 35 :**

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 36 :**

Il est interdit, pour les usagers 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 37 :**

La présence d'animaux est interdite dans les locaux et sur le site de l'hôpital, à l'exception des chiens guides d'aveugles et des chiens d'assistance qui sont autorisés au sein de l'établissement. 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 38 :**

L'établissement dispose d'une organisation lui permettant de mobiliser immédiatement les moyens nécessaires pour répondre à toute situation de crise sanitaire exceptionnelle 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 39 :**

Lorsqu'un agent de l'établissement constate que l'état d'un usager 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 40 :**

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

#### **Dépôt de biens et de valeurs**

##### **Article 41 :**

Lors de son admission, l'usager 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 l'usager 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 42 :**

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

#### **Régimes d'hospitalisation**

##### **Article 43 :**

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 de l'usager. A défaut de mutuelle, aucun surcoût n'est facturé à l'usager.

#### **Prise en charge des frais de séjour**

##### **Article 44 :**

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 45 :**

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 46 :**

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, soins d'urgence).

#### **Placement sous sauvegarde de justice**

#### **Article 47 :**

Une personne hospitalisée peut être placée 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 48 :**

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 49 :**

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 avertir l'usager 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 50 :**

Si l'état d'un usager 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 51 :**

Tout usager 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 52 :**

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 53 :**

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 54 :**

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 55 :**

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 56 :**

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 57 :**

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 58 :**

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 59 :**

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 60 :**

La procédure d'admission et de gestion de ces dossiers ainsi que le contrôle par le juge des libertés sont prévus dans la gestion documentaire de l'établissement. Ce document est disponible sur demande.

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

### **Article 61 :**

La procédure d'admission et de gestion de ces dossiers ainsi que le contrôle par le juge des libertés sont prévus dans la gestion documentaire de l'établissement. Ce document est disponible sur demande.

## SECTION 4 – MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

### **Article 62 :**

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

### **Article 63 :**

Les mesures d'isolement obéissent aux mêmes règles.

### **Article 64 :**

Conformément à la réglementation en vigueur, l'établissement informe et saisit le Juge en charge de ces questions au Tribunal Judiciaire d'Angoulême pour le contrôle des mesures d'isolement et de contention en cas de dépassement des seuils réglementaires.

## SECTION 5 – LES CONDITIONS DE SÉJOUR DES PERSONNES HOSPITALISÉES

### **Accueil dans l'établissement**

#### **Article 65 :**

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 66 :**

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 67 :**

Les usagers 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 68 :**

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 usager dans l'établissement sans avoir préalablement obtenu son accord exprès.

## **Soins somatiques**

### **Article 69 :**

Les usagers 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 70 :**

La liberté d'aller et de venir constitue le mode de fonctionnement normal des unités de soins. Toutefois, en raison de la spécificité de la prise en charge et du statut de certains usagers, des restrictions peuvent y être apportées.

### **Article 71 :**

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 72 :**

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 73 :**

Les horaires des visites sont portés à la connaissance des usagers et de leurs proches par tout moyen approprié.

Sur demande des visiteurs, des dérogations aux horaires peuvent être accordées par le personnel présent, notamment lors de situations de fin de vie.

Toutefois, le Directeur de l'établissement peut s'opposer à une visite si elle constitue une menace pour l'ordre public ou si le médecin responsable de la prise en charge estime qu'elle crée un risque pour la santé de l'usager et/ou de son environnement. Une telle décision, motivée, est notifiée sans délai à l'usager et à la personne sollicitant la visite.

Les usagers peuvent demander au cadre de santé du service de ne pas permettre aux personnes qu'ils désigneront d'avoir un quelconque contact avec eux.

## **Visites effectuées par des enfants**

### **Article 74 :**

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 75 :**

Les associations et organismes qui envoient auprès des usagers 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 76 :**

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

## **Exercice du culte**

### **Article 77 :**

Le Centre Hospitalier Camille Claudel respecte le principe de la laïcité. Un référent laïcité est nommé dans l'établissement. Afin de respecter les croyances des usagers, les ministres du culte des différentes confessions peuvent être appelés à la demande d'un usager. 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 78 :**

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 79 :**

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

## **Téléphone**

### **Article 80 :**

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 de façon individualisée, argumentée, expliquée, tracée et évaluée régulièrement.

Sur l'utilisation de téléphones portables, voir article 27 du présent règlement.

## **Restauration**

### **Article 81 :**

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 usagers pour un moment de détente. Ils peuvent y trouver des boissons non alcoolisées, des articles d'épicerie et d'hygiène, etc...

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 82 :**

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

## **Entretien du linge**

### **Article 83 :**

Sous réserve du respect des règles d'hygiène et sauf cas particuliers, l'usager peut choisir d'assurer lui-même l'entretien de ses vêtements et de son linge personnel, dont il assume alors la responsabilité.

Par ailleurs, les usagers ont la possibilité de confier leur linge à la blanchisserie inter hospitalière « GCS Blanchisserie et Logistique de Charente ». Dans ce cas, et avant toute prise en charge, il est impératif que les vêtements soient identifiés avec le nom de l'usager et le service d'hospitalisation. Ce marquage sera effectué par la lingerie de l'établissement.

Certains services de soins sont également équipés de machines à laver, accessibles aux patients dans un cadre thérapeutique ou pour répondre à des besoins urgents.

Enfin, la lingerie dispose d'un stock restreint de vêtements permettant de dépanner les usagers en cas de nécessité.

## SECTION 6 – LA SORTIE DE L'USAGER

### *Dispositions communes aux hospitalisations libres et sans consentement*

#### **Bulletin de sortie**

### **Article 84 :**

Le bulletin de sortie délivré aux usagers 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 85 :**

Le médecin traitant doit être informé, avec l'accord de l'usager, par la lettre de liaison le jour de la sortie de l'intéressé, des prescriptions médicales et informations utiles à la mise en œuvre du projet thérapeutique propre à l'usager. La lettre de liaison est adressée par messagerie sécurisée et versée dans le dossier médical partagé si ce dossier a été créé.

## **Documents à fournir à l'usager au moment de sa sortie**

### **Article 86 :**

Tout usager sortant doit recevoir, le jour de sa sortie, 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 l'usager au moment de sa sortie**

### **Article 87 :**

L'usager qui sort définitivement de l'établissement (hors transfert entre établissement) ou bénéficie d'une permission de sortie de moins de 48h pour convenance personnelle est libre de choisir la société d'ambulance de son choix.

## **Questionnaire de sortie**

### **Article 88 :**

Toute personne hospitalisée est invitée à remplir un questionnaire de sortie pour recueillir ses appréciations et ses observations.

Le Directeur communique périodiquement à la commission des usagers les résultats de l'exploitation de ces documents.

## *Sortie des personnes hospitalisées librement*

## **Permissions**

### **Article 89 :**

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 90 :**

Avant sa sortie définitive, l'usager 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 par le Directeur ou son représentant.

## **Transfert pour raisons médicales**

### **Article 91 :**

Lorsque l'état de l'usager 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, disponible sur demande.

## SECTION 7 – USAGER EN FIN DE VIE

### **Article 92 :**

Les dispositions relatives à la prise en charge des usagers en fin de vie se trouvent dans la gestion documentaire de l'établissement, disponible sur demande.

## SECTION 8 – DÉCÈS DE L’USAGER

### **Information des proches**

### **Article 93 :**

La famille ou les proches doivent être prévenus dès que possible et par tout moyen approprié de l'aggravation de l'état de santé de l'usager 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 départemental.

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 94 :**

Les décès sont constatés conformément aux dispositions du code civil.

Après avoir été prévenue du décès de l'usager, la famille peut accéder au corps de ce dernier sauf en cas d'obstacle médico-légal.

En l'absence de désignation d'un opérateur funéraire, le corps peut être transféré vers une chambre mortuaire.

- **CHAPITRE 4 : LES DROITS ET RECOURS**

## SECTION 1 – LES DROITS DE L’USAGER

### **Droit d'accès aux informations médicales**

#### **Article 95 :**

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

### **Droit au respect de la confidentialité**

#### **Article 96 :**

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

### **Droit au respect de la dignité**

#### **Article 97 :**

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

### **Droit d'exprimer ses observations**

#### **Article 98 :**

Les personnes hospitalisées peuvent exprimer leurs observations au moment de leur sortie par l'intermédiaire des questionnaires de sortie.

Elles peuvent également adresser leurs doléances au Directeur de l'établissement par courrier ou par courriel [cdu@ch-claudel.fr](mailto:cdu@ch-claudel.fr).

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 99 :**

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 l'usager n'en décide autrement. Elle est révocable à tout moment. La personne de confiance peut être désignée antérieurement à l'hospitalisation. A la demande de l'usager, 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 l'usager 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.

De plus, la personne de confiance peut l'aider dans la connaissance et la compréhension de ses droits en cas de difficultés.

## **Information des usagers victimes d'événements indésirables**

### **Article 100 :**

Les usagers sont informés dans le délai légal durant leur séjour ou après leur sortie de la survenue d'un dommage lié aux soins pouvant les concerner.

## **Information des patients hospitalisés sans leur consentement**

### **Article 101 :**

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 judiciaire 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 saisir la Commission Départementale des Soins Psychiatriques ;
- 3- De porter à la connaissance du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;
- 4- De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;
- 5- D'émettre ou de recevoir des courriers ;
- 6- De consulter le présent règlement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;
- 7- D'exercer son droit de vote ;
- 8- De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Ces droits, à l'exception de ceux mentionnés aux points 5, 7 et 8, 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 102 :**

Les usagers peuvent à tout moment adresser leurs plaintes ou réclamations au Directeur de l'établissement ou par courriel [cdu@ch-claudel.fr](mailto:cdu@ch-claudel.fr).

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 président de la commission des usagers qui le transmettra aux membres de la commission et au plaignant.

### **La Commission des usagers**

Se référer à l'article 7 du présent règlement

## SECTION 3 – LE FONDS DE SOLIDARITÉ

### **Article 103 :**

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

### **Article 104 :**

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

### **Article 105 :**

Le Fonds de Solidarité permet de proposer des prêts sans intérêts et des dons aux personnes citées à l'Article 103.

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 106 :**

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

- **CHAPITRE 5 : DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL NON MEDICAL**

## SECTION 1 – DISPOSITIONS RELATIVES AU RESPECT DE L’USAGER

### **Devoir d’information du public**

#### **Article 107 :**

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 108 :**

Institué dans l’intérêt des usagers qui ont droit au respect de leur vie privée, il s’impose à tous et s’applique en dehors 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 usager 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, 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 et agents publics 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-divulgation de la présence d'un patient au sein des locaux de l'hôpital.

### **Obligation de discréction professionnelle**

#### **Article 109 :**

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les agents publics doivent faire preuve de discréction 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 110 :**

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 usagers, les visiteurs, les autres agents du Centre Hospitalier et les partenaires de l'institution, 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 111 :**

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 usagers 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 112 :**

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 de ce principe.

## **Respect du confort des usagers**

### **Article 113 :**

Les personnels s'efforcent, sans distinction de grade ou de fonction, d'assurer au mieux le confort physique et moral des usagers dont ils ont la charge. D'une manière générale, ils prennent toutes les dispositions, dans l'exercice de leurs fonctions, pour contribuer personnellement au climat de sécurité et de calme indispensable au sein de locaux hospitaliers. Le soulagement de la souffrance des usagers 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 114 :**

La tenue participe au respect dû aux usagers et collègues de travail. 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 usagers est formellement proscrite.

## **Identification vis-à-vis des interlocuteurs**

### **Article 115 :**

Afin de se faire mieux connaître des usagers et de leur famille et sauf exceptions décidées par le Directeur, les personnels des services d'hospitalisation du Centre Hospitalier en contact avec les usagers ou le public portent des tenues fournies par l'établissement qui sont adaptées à leurs emploi 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 116 :**

L'accueil et l'information des familles s'effectuent avec tact et ménagement en toute circonstance.

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 117 :**

##### **Obligation de dignité :**

Elle s'impose à l'agent, en raison de sa qualité d'agent public (qu'il soit contractuel, stagiaire de la fonction publique ou fonctionnaire) qui ne doit pas porter atteinte de par son comportement à la réputation et l'image 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 que les usagers et les partenaires portent à l'établissement.

##### **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 professionnelles.

## **Obligation de désintéressement et de déclaration d'intérêts**

### **Article 118 :**

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 également 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 119 :**

L'article L. 121-3 du code général de la fonction publique (CGFP) pose le principe selon lequel « l'agent public (agent titulaire, agent stagiaire, contractuel de droit public) consacre l'intégralité de son activité professionnelle aux tâches qui lui sont confiées ». En conséquence, l'agent public ne peut exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit. Toutefois, les articles L.123-2 à L. 123-8 du même code prévoient des dérogations à ce principe, selon les natures d'activités envisagées et le type d'emploi occupé par l'agent concerné (emploi permanent à temps complet ou temps non complet), permettant aux agents publics de cumuler leur emploi avec une autre activité professionnelle dans des conditions qu'ils définissent.

Les règles communes applicables aux différents cas de cumul d'activités sont les suivantes :

- L'activité ne doit pas porter atteinte au fonctionnement normal, à l'indépendance et à la neutralité du service ;
- Elle ne doit pas placer l'agent dans une situation de conflits d'intérêts au sens de l'article L. 121-5 du CGFP ;
- Elle doit toujours être exercée en dehors des heures de service de l'intéressé(e) ;
- Elle ne peut être exercée en cas d'absence au titre de la maladie.

L'administration peut ainsi s'opposer à tout moment au cumul d'activités ou à sa poursuite, si l'intérêt du service le justifie, si les informations sur le fondement desquelles l'autorisation a été donnée sont inexactes ou si le cumul est incompatible avec les fonctions exercées au regard de ses obligations déontologiques mentionnées dans le CGFP ou à l'article 432-12 du code pénal. En cas de violation de l'une de ses règles l'agent public encourt d'une part, le risque de faire l'objet d'une procédure disciplinaire et d'autre part, celui de devoir reverser à son employeur les

sommes indûment perçues, nonobstant le fait qu'il a versé des cotisations sociales et qu'il s'acquittera de l'impôt sur le revenu au titre de ce cumul d'activités.

Les dérogations sont deux ordres :

- Premièrement, les activités autorisées sans formalités : la production des œuvres de l'esprit telles que les œuvres littéraires et artistiques énumérées à l'article L112-2 du code de la propriété intellectuelle (comme l'écriture, la chanson, la chorégraphie, la photographie, les arts appliqués ou encore la création de logiciels), les activités bénévoles pour des personnes publiques ou privées sans but lucratif.
- Deuxièmement, les activités soumises à autorisation :
  - L'exercice d'une activité accessoire : ces dernières sont énumérées à l'article 11 du décret du 30 janvier 2020.
  - La création d'entreprise ou reprise d'entreprise (y compris une activité commerciale sur internet) : cette dérogation est ouverte par l'article L123-8 du CGFP aux agents publics occupant un emploi à temps complet pour exercer à temps partiel aux fins de créer, reprendre une entreprise ou exercer une activité libérale.

Dans ces deux cas, l'agent est tenu d'adresser un courrier au Directeur d'établissement, sollicitant, trois mois avant le début de l'activité envisagée, une demande d'autorisation d'exercer à temps partiel ses fonctions parallèlement à l'exercice d'une activité privée.

- L'exercice d'une ou plusieurs activité(s) rémunérée(s) par les agents publics à temps non complet : l'agent qui occupe un emploi permanent à temps non complet, dont la durée du travail est inférieure ou égale à 70% de la durée légale ou réglementaire du travail, peut exercer une ou plusieurs activités privées lucratives en complément. Pour se faire, il doit présenter une déclaration écrite au Directeur de l'établissement.

Enfin, 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 120 :**

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 usagers ou de leur famille aucune rémunération ni pourboire lié à l'exécution de leur service.

### **Exécution des instructions reçues**

#### **Article 121 :**

Chaque agent de l'hôpital 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.

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.

Les missions contenues dans les fiches de postes n'ont pas vocation à être exhaustives.

### **Droit de grève, assignations**

#### **Article 122 :**

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, ou son/ses représentant(s), 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 123 :**

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 124 :**

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 et la Direction des ressources humaines 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 125 :**

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 d'une déclaration d'événement indésirable dématérialisée selon la procédure décrite dans la gestion documentaire de l'établissement.

## **Témoignage en justice ou auprès de la police**

### **Article 126 :**

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 127 :**

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.

En cas de départ du Centre Hospitalier Camille Claudel, l'agent s'engage à remettre à son encadrement tout effet appartenant à l'hôpital (ordinateur portable, téléphone, badge, clés, etc...).

## **Bonne utilisation du système d'information**

### **Article 128 :**

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 usagers**

### **Article 129 :**

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

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

## **Respect des règles d'hygiène et de sécurité**

### **Article 130 :**

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 usagers les tenues fournies par l'établissement et respecter l'interdiction de fumer définie à l'article 28 du présent règlement.

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 entre professionnels**

### **Article 131 :**

La loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique complétée par un décret du 13 mars 2020 prévoit que les établissements publics mettent en place un dispositif qui a pour objet de recueillir les signalements des agents qui s'estiment victimes d'un acte de violence, de discrimination, de harcèlement sexuel ou d'agissements sexistes, ou de témoins de tels agissements, et de les orienter vers les autorités compétentes en matière d'accompagnement, de soutien et de protection des victimes et de traitement des faits signalés.

Les faits de nature à constituer de tels actes entre les personnels de l'établissement peuvent être de nature :

- Physique (coups, gifles, bousculades, attouchements, morsures, etc.) ;
- Psychologique : verbales (insultes, menaces, propos dégradants à l'oral ou à l'écrit) et/ou non- verbales (isolement, regards, gestes, intrusion, etc.) ;
- Sexuelle, sexiste ou discriminatoire.

Par ailleurs l'agissement sexiste, sans constituer une infraction pénale, à savoir tout agissement lié au sexe d'une personne, ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à sa dignité ou de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant, est également interdit.

Les établissements du GHT (Groupement Hospitalier de Territoire) Charente se sont dotés dans ce cadre d'une procédure de recueil et de traitement des signalements de ces actes de violence au travail avec un niveau local et territorial. Une cellule territoriale de signalement pluridisciplinaire a alors été constituée. Cette dernière peut être saisie par l'autorité investie du pouvoir de nomination de chaque établissement, ou son représentant, face à ces situations complexes, pour avis. Un ou des référents égalité professionnelle sont également nommés au sein de chaque établissement partie au GHT afin de sensibiliser ces derniers et les accompagner dans leur démarche.

La possibilité de recourir à la médecine du travail est également rappelée aux personnes directement concernées par une situation de violence au travail, ainsi que la proposition d'un soutien psychologique.

## **SECTION 3 – DROITS DU PERSONNEL**

### **Liberté d'opinion – Non-discrimination**

#### **Article 132 :**

La liberté d'opinion est garantie aux fonctionnaires et agents publics ; 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 ethnique 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.

## **Liberté d'expression**

### **Article 133 :**

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

## **Liberté syndicale**

### **Article 134 :**

Le droit syndical est garanti aux fonctionnaires et agents publics. Les intéressés peuvent librement créer des organisations syndicales, y adhérer et y exercer des mandats.

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.

## **La Protection fonctionnelle**

### **Article 135 :**

Le Centre Hospitalier Camille Claudel protège l'ensemble de son personnel contre les menaces, violences, voies de fait, injures, agissements constitutifs de harcèlement, diffamations ou outrages dont il pourrait être victime lors de l'exercice de ses fonctions.

Dans ce cadre et sous réserve du respect des dispositions législatives et réglementaires applicables, la protection fonctionnelle peut être accordée au fonctionnaire (stagiaire ou titulaire) ou ancien fonctionnaire, et à l'agent contractuel ou ancien agent contractuel employé par le Centre Hospitalier Camille Claudel.

En outre, l'agent public bénéficie de la protection fonctionnelle s'il est poursuivi en justice par un tiers pour une faute de service commise dans l'exercice de ses fonctions (à condition qu'il n'ait commis aucune faute personnelle).

Le Centre Hospitalier Camille Claudel doit lui apporter une assistance juridique et, le cas échéant, couvrir les condamnations civiles prononcées contre lui. La protection fonctionnelle se traduit notamment par la prise en charge des honoraires d'avocat mis à sa disposition pour le représenter et faire valoir ses droits en justice.

La demande de protection fonctionnelle doit être formulée par l'agent par écrit et transmise auprès de sa hiérarchie laquelle la transmettra à la direction compétente (Direction des ressources humaines/Direction des affaires médicales/Direction générale), un rapport circonstancié relatant les faits est joint à la demande.

## **Droit d'accès à son dossier administratif et médical**

### **Article 136 :**

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 137 :**

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 en fonction des nécessités du service.

## **Droit à la formation**

### **Article 138 :**

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.

La formation comprend principalement :

1. Les formations destinées aux personnes sans qualification professionnelle et destinées à les préparer à leur emploi ;
2. Les formations continues en vue de garantir, de parfaire ou de maintenir les connaissances et la compétence des agents ;
3. Des formations destinées, entre autres, à :
  - o La préparation aux concours, examens professionnels et promotions internes (études promotionnelles);
  - o La reconversion professionnelle ;
  - o La réalisation d'un bilan de compétences ;
  - o La réalisation d'une validation des acquis de l'expérience.

Une liste des formations proposées au sein de l'établissement (formations institutionnelles) est établie chaque année.

Au sein du Centre Hospitalier Camille Claudel, les besoins en formations institutionnelles et individuelles sont recueillis lors de l'entretien annuel de formation.

## **Santé et sécurité des conditions de travail**

### **Article 139 :**

Conformément aux dispositions de la 4<sup>ème</sup> partie du code du travail du Code du Travail, applicable aux établissements publics de santé par l'article L.4111-1 dudit code, l'employeur doit assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs.

A ce titre, l'employeur peut prendre des mesures d'interdiction comme de prévention sur le terrain de la consommation de l'alcool et des stupéfiants.

## **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.

L'employeur transcrit et met à jour dans le Document Unique (DUERP) les résultats de cette évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs à laquelle il procède en application de l'article L. 4121-3 du code du travail.

Cette évaluation comporte un inventaire et une hiérarchisation des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'établissement.

De plus, annuellement, le Directeur d'établissement présente à la Formation Spécialisée du Comité Social d'Établissement le Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail (PAPRIPACT). Ce dernier liste les actions à réaliser dans l'année permettant de prévenir ou annihiler les risques professionnels identifiés dans le DUERP.

Le DUERP est à la disposition de l'ensemble des professionnels de l'établissement.

Il est mis à jour 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 ;
- Lors de la réalisation des actions de prévention consignées dans le PAPRIPACT.

## **2- Des actions d'information et de formation**

Le plan de formation annuel met 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 ambients 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
- 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 leur consommation.

Sur la consommation de tabac, se référer à l'article 28 du présent règlement.

## **7- Consommation d'alcool sur le lieu de travail**

Conformément à l'article R.4228-21 du code du travail, il est interdit d'entrer ou de séjourner au sein de l'établissement en état d'imprégnation alcoolique ou état d'ivresse. Tout autant, il est interdit de laisser entrer toute personne en état d'imprégnation alcoolique ou d'ivresse.

Par ailleurs, au regard de l'activité de l'établissement et du risque sur la santé des travailleurs comme celle des patients que la consommation d'alcool pourrait entraîner, la consommation d'alcool sur le lieu de travail est interdite et ce même pour les boissons énumérées à l'article R4228-20 du code du 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 susvisé pourront être consommées, lors de manifestations organisées à l'initiative de la direction, uniquement sur autorisation expresse et préalable du Directeur de l'établissement.

## **8 - Contrôle de la consommation d'alcool et recours à l'éthylotest**

Conformément aux instructions qui lui sont données par le Directeur 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 de celle de ses collègues concernés par ses actes ou ses omissions au travail ».*

Dans ce cadre, des tests de dépistages alcoolémiques pourront être effectués sur suspicion d'état d'ébriété afin de prévenir ou faire cesser une situation dangereuse, pour l'agent lui-même ou pour les tiers, eu égard à la nature du travail confié à cet agent qui, réalisé dans ce dernier peut être de nature à exposer des personnes à un danger.

Un état d'ébriété est suspecté dès lors que 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. Cette liste n'étant pas exhaustive.

La liste des postes à risques\* pouvant conduire à la réalisation d'un test de dépistage d'alcoolémie est fixée ci-après :

- ✓ Les personnels des services de soins ayant en charge des patients ou résidants;
- ✓ Les personnels médicotechniques ayant en charge notamment la délivrance et la préparation des médicaments ;
- ✓ Les 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 ;
- ✓ Les personnels du service « accueil-sécurité » ;
- ✓ Les personnels des services administratifs.

\*Postes à risques = postes pour lesquels l'état d'ébriété d'un agent exposerait les personnes et les biens à un danger.

La liste des professionnels habilités à réaliser un éthylotest est fixée par le Directeur d'établissement, comme suit :

- ✓ Les Cadres de Santé et Cadres Socio-éducatifs ;
- ✓ Les Cadres Supérieurs de Santé ;
- ✓ Les Directeurs et Directeur des soins;
- ✓ Les Attachés d'Administration Hospitalière ;
- ✓ Les Administrateurs de garde ;
- ✓ Les Cadres de Permanence.

L'opération de contrôle de l'état d'imprégnation alcoolique par éthylotest doit être précédé de l'accord express de l'agent. La démonstration de l'accord préalable de l'agent peut être apportée par tout moyen. Il sera privilégié les éthylotests électroniques avec étalonnage régulier. En cas de doute sur le résultat de ce dernier (dysfonctionnement de l'éthylotest par exemple), un second test peut être effectué à la demande de l'agent.

L'agent se soumettant à un éthylotest a le droit d'être assisté par un tiers de son choix déjà présent sur site et a le droit de solliciter une contre-expertise aux frais de l'établissement. En effet, il conviendra d'être vigilant à la prise de certains traitements, justifiés par une pathologie, pouvant fausser les contrôles d'alcoolémie.

Le refus de l'agent de se soumettre à un contrôle de son état d'imprégnation alcoolique par éthylotest est constitutif d'une faute disciplinaire pouvant justifier le prononcé d'une sanction.

Le contrôle de l'état d'imprégnation alcoolique par éthylotest s'opère dans le bureau de l'agent habilité par le Directeur à réaliser un éthylotest. Il est conduit de telle manière à garantir à l'agent, se soumettant à l'éthylotest, une confidentialité du contrôle.

## **9- Gestion et prise en charge d'un agent présentant des signes manifestes de consommation d'alcool**

Comme précisé précédemment, un état d'ébriété est suspecté dès lors que 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. Cette liste n'étant pas exhaustive.

Lorsqu'un agent, quel que soit ses fonctions, constate l'état d'ébriété d'un professionnel de l'établissement, il s'assure que celui-ci ne puisse rentrer à son domicile tant que toutes les mesures permettant sa mise en sécurité n'auront pas été prises.

Cela inclut de faire obstacle à ce que l'agent en état d'ébriété utilise son véhicule personnel pour rentrer à son domicile ou tout autre véhicule ou moyen de transport (exemple trottinette électrique) susceptible de présenter un danger pour sa personne ou un tiers. Pour rappel, en France, le seuil d'un taux d'alcool supérieur ou égal à 0,25 mg/l d'air expiré est caractéristique d'un état d'ébriété.

Le détail de la réalisation du contrôle fera l'objet d'une procédure élaborée dans le cadre du dialogue social.

Tout agent ayant connaissance de ce qu'un professionnel au sein de l'établissement est confronté à des difficultés liées à la consommation d'alcool est incité à adresser ledit professionnel auprès de la médecine du travail.

### **Article 140 :**

L'introduction et la consommation de substances psychoactives (cannabis, cocaïne, héroïne, etc.) prohibée par la loi sont strictement interdites au sein de l'établissement conformément aux dispositions de l'article L.3421-1 du code de la santé publique.

Toute consommation de substances psychoactives prohibées par la loi conduira à l'ouverture d'une procédure disciplinaire et au prononcé d'une sanction ainsi qu'à la saisine du Procureur de la République au visa des dispositions de l'article 40 du code de procédure pénale.

Dans ce cadre, des tests de dépistages salivaires de consommation de substances psychoactives (cannabis, cocaïne, héroïne) pourront être effectués afin de prévenir ou faire cesser une situation dangereuse, pour l'agent lui-même ou pour les tiers, eu égard à la nature du travail confié à cet agent qui, réalisé sous l'emprise de ces substances peut être de nature à exposer des personnes à un danger.

La liste des postes à risques pouvant conduire à la réalisation d'un test de dépistage salivaire de substances psychoactives est fixée ci-après :

- ✓ Les personnels des services de soins ayant en charge des patients ou résidants;
- ✓ Les personnels médicotechniques ayant en charge notamment la délivrance et la préparation des médicaments ;
- ✓ Les 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 ;
- ✓ Les personnels du service « accueil-sécurité » ;
- ✓ Les personnels administratifs.

La liste des professionnels habilités à réaliser un dépistage de consommation de substances psychoactives (cannabis, cocaïne, héroïne) est fixée par le Directeur d'établissement, comme suit :

- ✓ Les Cadres de Santé et Cadres Socio-éducatifs ;
- ✓ Les Cadres Supérieurs de Santé ;
- ✓ Les Directeurs et Directeur des soins;
- ✓ Les Attachés d'Administration Hospitalière ;
- ✓ Les Administrateurs de garde ;
- ✓ Les Cadres de Permanence.

L'opération de dépistage de consommation de substances psychoactives (cannabis, cocaïne, héroïne) doit être précédé de l'accord express de l'agent. La démonstration de l'accord préalable de l'agent peut être apportée par tout moyen. En cas de doute sur le résultat de ce dernier (dysfonctionnement du matériel utilisé par exemple), un second test peut être effectué à la demande de l'agent.

L'agent se soumettant à un dépistage de consommation de substances psychoactives (cannabis, cocaïne, héroïne) a le droit d'être assisté par un tiers de son choix déjà présent sur site et a le droit de solliciter une contre-expertise aux frais de l'établissement.

Le refus de l'agent de se soumettre à un dépistage de consommation de substances psychoactives (cannabis, cocaïne, héroïne) est constitutif d'une faute disciplinaire pouvant justifier le prononcé d'une sanction.

Le dépistage de consommation de substances psychoactives (cannabis, cocaïne, héroïne) s'opère dans le bureau de l'agent habilité par le Directeur à réaliser ledit dépistage. Il est conduit de telle manière à garantir à l'agent, se soumettant au dépistage, une confidentialité du contrôle.

Le détail de la réalisation du contrôle fera l'objet d'une procédure élaborée dans le cadre du dialogue social.

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

### **Organisation du temps de travail**

#### **Article 141 :**

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 de plusieurs notes de service.

Un Guide de Gestion du Temps de Travail est actuellement en cours de réalisation.

Ce guide permettra de compiler et de mettre à jour toutes les règles concernant l'organisation du temps de travail au sein du Centre Hospitalier Camille Claudel.

Dès sa parution, il sera le document support concernant l'organisation du temps de travail au sein de l'hôpital et remplacera toutes les notes de services existantes portant sur cette thématique.

- **CHAPITRE 6 : DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL MÉDICAL**

## Déontologie médicale

### **Article 142 :**

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. 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 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, fondée 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 143 :**

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, des docteurs juniors et des praticiens diplômés en dehors de l'union européenne.

### **Dispositions spécifiques aux pharmaciens gérant une pharmacie à usage intérieur**

#### **Article 144 :**

La gérance d'une pharmacie à usage intérieur est attribuée à 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, en collaboration avec la direction des soins.

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 145 :**

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 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.

## **Etudiants de 3<sup>ème</sup> cycle**

### **Article 146 :**

L'étudiant de 3<sup>ème</sup> cycle (interne ou docteur junior) 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.

## **Praticiens à diplôme hors Union Européenne**

### **Article 147 :**

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

Le PADHUE 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 PADHUE quand il est stagiaire associé participe à la permanence des soins sur le planning de garde des internes, sous la responsabilité du médecin référent.

Le PADHUE quand il est praticien associé participe à la permanence des soins sur le planning de garde des praticiens hospitaliers (PH) avec un médecin senior en astreinte.

## **Cumul d'activités des personnels médicaux et pharmaceutiques**

### **Article 148 :**

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 149 :**

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 discréetion 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 150 :**

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.

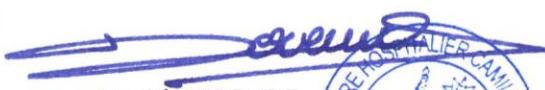
#### **Mise à jour du règlement intérieur**

##### **Article 151 :**

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 29 décembre 2025

Le Directeur,

  
David DEREURE  


# ANNEXES

## Annexe 1

Charte de l'utilisateur du système d'information

## Annexe 2

Charte de l'administrateur informatique

## Annexe 3

Charte du prestataire informatique



**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'accéssibilité 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 sauvegardés 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 précédent.

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 paramétrier 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 DSU du GHT se verront proposer une charte spécifique qui sera annexée au contrat ou à la convention qui les lient 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 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 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

son mot de passe ;

- 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 concerter 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 priviléges (droits) sur le système d'information afin d'en assurer le maintien en condition opérationnel, les mots de passe 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 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.

La charte est revue périodiquement.

Nom :

Prénom :

Date :

Signature précédée de la mention : « Lue et acceptée »