

# RÉGLEMENT INTÉRIEUR

## HÔPITAL DE HOUDAN

### 2021



## PRÉAMBULE

Le règlement intérieur de l'hôpital de Houdan est arrêté en application du Code de la Santé Publique et notamment son article L.6143-1.

Le règlement intérieur définit les règles de fonctionnement spécifiques à l'Établissement concernant l'organisation administrative et médicale, les dispositions relatives aux personnels médicaux et non médicaux et aux usagers. Son contenu est conforme aux dispositions législatives et réglementaires du Code de la Santé Publique.

Le règlement intérieur rappelle :

- Les droits et devoirs des patients et usagers
- Les droits et obligations des personnels, les conditions réglementaires de travail et les dispositions concernant les règles de conduite dans l'Établissement,
- Les règles internes relatives à la sécurité, la gestion des risques, la communication.

Il est réactualisé dès que des évolutions réglementaires et/ou institutionnelles le nécessitent.

Le présent règlement a été soumis aux instances suivantes :

- Directoire du 29 octobre 2021
- Commission Médicale d'établissement du 6 décembre 2021
- Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail du 15 décembre 2021
- Comité Technique d'Etablissement du 7 décembre 2021
- Conseil de Surveillance du 10 décembre 2021

## Sommaire

Chapitre 1 : Dispositions générales.....	7
Article 1 : L'hôpital de Houdan .....	7
A. Les instances de décision, de concertation et de représentation .....	8
Article 2 : Le Conseil de surveillance .....	8
Article 3 : Le Directeur .....	9
Article 4 : Le Directoire.....	10
Article 5 : La commission médicale d'établissement (CME) .....	10
Article 6 : Le comité technique d'établissement (CTE) et le conseil social d'établissement .....	11
Article 7 : La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques .....	12
Article 8 : Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et le Comité Social d'Etablissement. ....	12
B. Les soins paramédicaux, médico techniques et de rééducation.....	13
Article 9 : Le coordonnateur des soins .....	13
Article 10 : Les cadres de santé.....	13
C. La pharmacie .....	13
Article 11 : Le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie .....	13
D. Organisation médicale.....	14
Article 12 : Le temps médical .....	14
Article 13 : La continuité de service.....	15
Article 14 : La permanence des soins .....	15
Article 15 : Les obligations de service .....	15
Article 16 : Les tableaux de service.....	15
Article 17 : Le temps de travail additionnel.....	16
Article 18 : Les attributions du chef de service .....	16
Article 19 : Les internes .....	16
Article 20 : Les sages-femmes.....	17
Chapitre 2 : Dispositions relatives à la sécurité et à la qualité .....	17
A. Règles générales de sécurité.....	17
Article 21 : Nature et opposabilité des règles de sécurité.....	17
Article 22 : Responsabilité.....	17
Article 23 : Calme et tranquillité au sein de l'hôpital .....	18
Article 24 : Accès à l'hôpital .....	18
B. Qualité et gestion des risques.....	18
Article 25 : Modalités d'évaluation et de mise en œuvre de la gestion des risques ....	18

Article 26 : Sécurité incendie.....	19
Article 27 : Interdiction de fumer et de vapoter.....	19
Article 28 : Interdiction d'introduire, de consommer de l'alcool ou produits stupéfiants 19	
Article 29 : Circonstances exceptionnelles.....	19
Article 30 : Astreintes techniques.....	20
Article 31 : Obligations de signalement des événements indésirables liés à l'utilisation des produits et biens de santé et des événements indésirables grave associé aux soins 20	
C. Intervention de la police et de la justice.....	21
Article 32 : Enquêtes de police.....	21
Article 33 : Auditions de patients.....	21
D. Règles de circulation et stationnement.....	21
Article 34 : Voierie hospitalière, circulation et stationnement.....	21
Chapitre 3 : Règles applicables aux patients, résidents, visiteurs et accompagnants.....	22
A. Règles générales d'hospitalisations et de consultations externes.....	22
Article 35 : Principe de libre choix du patient.....	22
Article 36 : Accès aux soins des personnes démunies.....	22
B. Admissions.....	22
Article 37 : Livret d'accueil et questionnaire de sortie.....	22
Article 38 : Pièces à fournir lors de l'admission.....	22
Article 39 : Ressortissants de l'Union Européenne.....	23
Article 40 : Ressortissants hors Union Européenne.....	23
Article 41 : Admission à la demande d'un médecin traitant ou suite à une consultation 24	
Article 42 : Admission programmée.....	24
Article 43 : Admission directe dans un service.....	24
Article 44 : Admission anonyme et admission sous confidentialité.....	24
Article 45 : Les consultations.....	24
C. Les soins.....	25
Article 46 : Information du patient sur les soins et sur son état de santé.....	25
Article 47 : Information de la famille.....	25
Article 48 : La personne de confiance.....	26
Article 49 : Les directives anticipées.....	26
Article 50 : Le consentement aux soins.....	27
Article 51 : Les soins prodigués dans une situation d'urgence.....	27
Article 52 : Le refus des soins.....	27

D.	Dispositions concernant les soins des mineurs venant en consultation au Centre de Santé 27	
	Article 53 : Information, consentement et refus de soins du mineur .....	27
	Article 54 : Communication du dossier médical du mineur .....	28
E.	Les conditions de séjour .....	28
	Article 55 : Accueil des patients – livret d'accueil .....	28
	Article 56 : Service social .....	28
	Article 57 : Relations avec les associations d'usagers .....	28
	Article 58 : Réclamations et voies de recours.....	29
	Article 59 : Médiateurs .....	29
	Article 60 : Représentation des usagers.....	29
	Article 61 : Exercice du culte et relations avec le ministère des cultes .....	30
	Article 62 : Modalités et horaires de visites .....	30
	Article 63 : Comportement des visiteurs.....	30
	Article 64 : Visiteurs interdits.....	31
	Article 65 : Menus, horaires des repas et repas aux accompagnants.....	32
	Article 66 : Déplacements des hospitalisés dans l'établissement .....	32
	Article 67 : Comportement des hospitalisés et désordres causés par le patient .....	32
	Article 68 : Hygiène du patient au sein de l'établissement.....	32
	Article 69 : Effets personnels .....	33
	Article 70 : Utilisation du téléphone portable .....	33
	Article 71 : Téléphone et Télévision .....	33
F.	Sorties .....	33
	Article 72 : Formalités de sortie.....	33
	Article 73 : Transports en ambulance.....	34
	Article 74 : Autorisation de sortie provisoire .....	34
	Article 75 : Sortie contre avis médical .....	34
	Article 76 : Sortie disciplinaire .....	34
	Article 77 : Sortie à l'insu du service .....	34
G.	Fin de vie et décès .....	35
	Article 78 : La fin de vie.....	35
	Article 79 : La notification du décès.....	35
	Article 80 : Toilette mortuaire – dépôt des objets – corps.....	35
	Article 81 : Le libre choix de l'opérateur funéraire .....	36
	Article 82 : Admission du corps en chambre mortuaire avant mise en bière.....	36
	Article 83 : Transport du corps sans mise en bière .....	36
	Article 84 : Transport du corps après mise en bière .....	37

Article 85 : L'inhumation ou la crémation.....	37
H. Dispositions propres aux services d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), Unité de Soins de Longue Durée (USLD), Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), aux services externes Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et Accueil de jour .....	37
Article 86 : Libre choix de la personne .....	37
Article 87 : Modalités de l'admission .....	38
Article 88 : Information des personnes sur les conditions financières de l'hébergement	38
Article 89 : Respect des personnes.....	38
Article 90 : Projets et soins et projets de vie.....	38
Article 91 : Relations avec les familles .....	39
Article 92 : Protection des personnes vulnérables.....	39
Article 93 : Déroulement des soins.....	39
Article 94 : Liberté des résidents et règles de vie .....	39
Article 95 : Biens, objets de valeur et espèces .....	39
Article 96 : Assurance .....	39
Article 97 : Personnalisation des chambres .....	40
Article 98 : Sortie volontaire .....	40
Article 99 : Conseil de vie sociale (CVS) .....	40
I. Dispositions concernant les majeurs protégés .....	40
Article 100 : Consentement aux soins du majeur protégé .....	40
Chapitre 4 : Dispositions relatives au dossier patient .....	41
Article 101 : Conservation du dossier médical .....	41
Article 102 : Traitement informatique des informations nominatives.....	41
Article 103 : Le droit d'accès et de rectification des informations à caractère personnel	42
Article 104 : Communication du dossier médical.....	42
Article 105 : Communication des résultats d'examens et d'analyses des patients hospitalisés et des consultants externes .....	42
Chapitre 5 : Dispositions relatives aux démarchages et à la promotion de médicaments	43
Article 106 : Dispositions générales .....	43
Article 107 : Qualité de l'information délivrée sur le médicament .....	43
Article 108 : Déontologie du démarcheur au sein de l'établissement.....	43
Article 109 : Remise d'échantillons et cadeaux .....	43
Chapitre 6 : Dispositions relatives aux personnels .....	44
A. Principe fondamentaux liés au respect du patient.....	44
Article 110 : Identification des personnels .....	44

Article 111 : Demandes d'informations.....	44
Article 112 : Secret professionnel .....	44
Article 113 : Obligation de discrétion professionnelle .....	45
Article 114 : Neutralité, non-discrimination, principe de laïcité et devoir de réserve .....	45
B. Bonne conduite professionnelle .....	45
Article 115 : Assiduité et ponctualité .....	45
Article 116 : L'exigence d'une tenue correcte.....	45
Article 117 : Utilisation du téléphone portable .....	46
Article 118 : Interdiction d'introduire, de distribuer et de consommer de l'alcool ou des produits stupéfiants. ....	46
Article 119 : Témoignage en justice .....	46
C. Droits et obligations.....	46
Article 120 : Le droit à la liberté d'expression.....	46
Article 121 : Le droit syndical .....	47
Article 122 : Le droit de grève .....	47
Article 123 : La protection contre le harcèlement .....	47
Article 124 : La protection des personnels dans l'exercice de leurs fonctions .....	47
Article 125 : L'obligation de désintéressement .....	47
Article 126 : Le cumul d'emplois et d'activités .....	48
Article 127 : L'interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèce.....	48
Article 128 : L'obligation de déposer les biens confiés par les patients ou trouvés dans l'établissement .....	48
Article 129 : Le lien hiérarchique : exécution des instructions reçues.....	48
Article 130 : Le lien hiérarchique : information du supérieur .....	48
D. Conditions d'hygiène, de sécurité et de bon usage des biens .....	49
Article 131 : Respect des règles d'hygiène et de sécurité .....	49
Article 132 : Obligation de signalement des incidents liés à l'utilisation des produits et biens de santé.....	49
Article 133 : Le bon usage des biens de l'établissement.....	50
Chapitre 7 : Procédures d'application du présent Règlement Intérieur .....	50
Article 134 : Procédure d'adoption .....	50
Article 135 : Procédure de mise à jour .....	50
Chapitre 8 : Annexes .....	51

## Chapitre 1 : Dispositions générales

### Article 1 : *L'hôpital de Houdan*

L'hôpital de Houdan est un établissement public de santé régi par le Code de la Santé Publique. Hôpital de proximité situé au carrefour des Yvelines, de l'Eure et de l'Eure-et-Loir, entre Dreux, Rambouillet et Mantes-la-Jolie, il remplit sa mission de proximité en apportant une réponse graduée aux besoins sanitaires et médico-sociaux de son territoire.

L'établissement en direction commune avec le centre hospitalier de Rambouillet depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019 est membre du Groupement de Coopération Sanitaire Yvelines Sud.

L'hôpital de de Houdan est un acteur de santé majeur du territoire, il assure le 1<sup>er</sup> niveau de prise en charge de proximité dans une zone géographique rurale.

Il propose une offre de soins et d'hébergement riche et diversifiée adaptée aux besoins de son bassin de vie :

#### **Secteur sanitaire :**

##### - Hospitalisation complète (61 lits)

- Médecine polyvalente : 15 lits
- Unité de soins palliatifs : 10 lits
- Unité de soins de longue durée : 30 lits
- Etat végétatif chronique/Etat pauci-relationnel : 6 lits
- Equipe mobile de soins palliatifs

##### - Plateau technique

- Imagerie médicale: radiologie, mammographie, échographie, scanner
- Pharmacie à usage intérieur
- Rééducation : kinésithérapie, ergothérapie, diététique

#### **Secteur médico-social**

##### - Gériatrie

- EHPAD « La Roseraie » et « Les 4 saisons » : 147 lits dont 18 lits d'unité protégée
- Accueil de jour « Dumonthier » : 6 places
- Service de soins infirmiers à domicile : 72 places

##### - Handicap

- Maison d'accueil spécialisée : 12 lits dont 2 lits d'accueil temporaire

##### - Gériatrie/Handicap

- Pôle autonomie territorial Centre Yvelines



## Centre de santé

### - Consultations : 14 salles

- Centre de soins de première intention
- Médecine générale
- Médecine spécialisée: cardiologie, dermatologie, pneumologie, allergologie, gastro-entérologie, neurologie, ophtalmologie, orthoptie, ORL, orthopédie, pédicurie...
- Pôle femme/enfant: sages-femmes, rééducation périnéale, gynécologie, PMA, pédiatrie

### - Prévention et dépistage

- Oxyjeunes: espace info santé
- Education thérapeutique diabète
- Dépistage rétinopathie diabétique
- Dépistage cancer du sein

## A. Les instances de décision, de concertation et de représentation

### *Article 2 : Le Conseil de surveillance*

Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement, en application de l'article L. 6143-1 du code de la santé publique.

Le conseil de surveillance communique au directeur général de l'agence régionale de santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement. A tout moment le conseil de surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification en application de l'article L. 6145-16 du code de la santé publique, le conseil de surveillance nomme, le cas échéant, le commissaire aux comptes.

Le conseil de surveillance entend le directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que sur le programme d'investissement.

Il délibère sur :

- 1° Le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ;
- 2° La convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;
- 3° Le compte financier et l'affectation des résultats ;
- 4° Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
- 5° Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;
- 6° Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
- 7° Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.

Il donne son avis sur :

- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- Le règlement intérieur de l'établissement.

Le Conseil de Surveillance est présidé par l'un de ses membres, représentant des collectivités territoriales ou de leur groupement ou par une personnalité qualifiée.

Il est composé de trois collèges :

- Le collège des représentants des collectivités territoriales ;
- Le collège des représentants du personnel ;
- Le collège des personnalités qualifiées et des représentants des usagers.

Le conseil de surveillance élit son président parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées, pour une durée de 5 ans.

Le président du conseil de surveillance désigne, parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées, un vice-président, qui préside le conseil de surveillance en son absence.

### *Article 3 : Le Directeur*

Le Directeur conduit la politique générale de l'établissement.

Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.

Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement à l'exclusion de celles qui relèvent de la compétence du Conseil de surveillance.

Dans les domaines déterminés par la loi, les décisions sont prises par le Directeur Général après concertation avec le Directoire.

Pour assurer sa mission sur toute l'étendue de l'établissement, le Directeur est assisté de cadres de direction qu'il réunit périodiquement dans le cadre d'un comité de Direction (Codir). Il travaille en étroite liaison avec le Président de la CME, véritable « coordonnateur médical » avec lequel il élabore le projet médical de l'établissement.

Il participe aux séances du Conseil de surveillance, et exécute ses délibérations.

Il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques qui s'imposent aux professions de santé.

Il est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement.

Des délégations de signature sont mises en œuvre.

Dans le cadre de la direction commune mise en place en 2019, l'hôpital de Houdan et le Centre Hospitalier de Rambouillet sont dirigés par un directeur général et une équipe de direction commune.

La gestion de l'hôpital de Houdan est déléguée à un directeur adjoint. Les astreintes administratives des deux établissements sont assurées par l'équipe commune.

#### *Article 4 : Le Directoire*

Le Directoire a pour mission d'appuyer et de conseiller le Directeur dans la conduite et la gestion de l'établissement.

Le Directoire est un lieu d'échange des points de vue gestionnaires, médicaux et soignants. Instance de concertation, il éclaire en amont les décisions du Directeur, en assure le relais et en facilite la déclinaison dans tout l'établissement. Il veille à la cohérence entre stratégie des projets de service, stratégie du projet médical et avec l'ensemble du projet d'établissement.

Le Directoire est concerté pour toute décision du Directeur, relative à la gestion de l'établissement.

Le Directoire est composé de membres de droit et de membres du personnel de l'établissement.

Les membres de droit sont :

- le Directeur Général, qui en est le président
- le président de la CME, qui en est le vice-président
- le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico- techniques.

Sur proposition du Président de la CME, le Directeur Général nomme trois membres appartenant au personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique, et un membre du personnel non médical.

La durée des mandats de membres du Directoire est de quatre ans.

#### *Article 5 : La commission médicale d'établissement (CME)*

Les attributions générales de la CME sont fixées aux articles R 6144-1 et suivants du Code de la Santé Publique.

A ce titre, la CME donne son avis sur les orientations stratégiques de l'hôpital, son organisation interne, la politique de coopération territoriale, le plan de redressement de l'établissement, l'accueil et l'intégration des professionnels et des étudiants, ainsi que la gestion prévisionnelle des emplois.

Elle est également consultée sur le projet médical de l'établissement, le Contrat pluriannuel d'objectif et de moyens, la politique de recrutement des emplois médicaux.

La Commission Médicale d'Etablissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Dans ce cadre, elle définit l'organisation la mieux adaptée pour répondre à ses missions, notamment en matière de lutte contre les infections nosocomiales, politique du médicament, et prise en charge de la douleur.

La CME est, selon les cas, consultée ou informée, conformément à la réglementation. Son avis peut aussi être sollicité sur tout sujet par son Président, notamment pour mieux renseigner les membres du Directoire.

La CME se réunit au moins 4 fois par an. Elle est dotée de son propre règlement intérieur qu'elle met à jour régulièrement.

La composition de la CME est prévue par les articles R. 6144-3, R. 6144-3-1, R.6144-3-2 et R.6144-4 du CSP et par son règlement intérieur du 28 mai 2018.

La CME élit, en son sein, son président parmi les praticiens titulaires de la CME pour un mandat de 4 ans, renouvelable une fois ; il est statutairement Vice-Président du Directoire et membre de droit du Conseil de Surveillance.

Le Président de la CME veille au bon fonctionnement de la Commission, en lien avec la Direction et la responsable des Affaires Médicales. Il coordonne la politique médicale de l'établissement en lien avec le Directeur avec qui il travaille en binôme pour mettre en œuvre les axes stratégiques de l'établissement.

Il est un relais auprès de la communauté médicale qu'il représente auprès de la Direction.

Les fonctions de président de la CME sont incompatibles avec les fonctions de chef de pôle.

#### *Article 6 : Le comité technique d'établissement (CTE) et le conseil social d'établissement*

L'hôpital de Houdan est doté d'un Comité Technique d'Etablissement (CTE). Il est l'instance représentative des personnels non médicaux, compétente sur les questions collectives.

Présidé par le Directeur ou son représentant, le Comité Technique d'Etablissement est composé de représentants du personnel élus par les fonctionnaires titulaires et stagiaires et les agents contractuels.

Le Comité Technique d'Etablissement est consulté sur :

- Les projets de délibération du Conseil de Surveillance mentionnés à l'article L. 6143-1 du code de la Santé Publique ;
- Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel (PGFP) ;
- Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 du code de la Santé Publique ;
- L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique ;
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- La gestion constitutive d'un groupement hospitalier de territoire ;
- Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;
- La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu ;
- Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;
- La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;
- La politique d'amélioration continue de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;
- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- Le règlement intérieur de l'établissement.

Le CTE est composé de 8 membres titulaires et 8 membres suppléants.

Le Comité Technique d'Etablissement se réunit au moins une fois par trimestre. Il est saisi pour émettre un avis sur tous les projets de délibération soumis à l'adoption du conseil de surveillance et il participe au traitement des dossiers d'ordre général concernant ces personnels.

Ses compétences sont définies par voie réglementaire.

Le règlement intérieur du CTE du 2 mars 2015 précise son fonctionnement et ses attributions.

Compte tenu de la réforme du code du travail en 2017, et du code de la santé publique en 2019, le CTE est amené à être remplacé par le comité social d'établissement (CSE). En attendant la mise en place du CSE, le CTE conserve ses attributions dans les mêmes conditions. Les dispositions applicables au CSE sont précisées à l'article L.6144-3 du code de la santé publique.

#### *Article 7 : La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques*

Conformément à l'article L6146-9 du Code de la santé publique, il a été créé une Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT), dont les compétences sont énumérées à l'article R6146-10 du Code de la Santé Publique.

La composition de la CSIRMT, ses modalités d'organisation et de fonctionnement sont fixées par le décret n°2010-449 du 30 avril 2010 (articles R6146-10 à R6146-16 du code de la santé publique) et par son règlement intérieur dans sa version en vigueur (à ce jour, règlement intérieur du 4 juillet 2012).

Elle est présidée par le Coordonnateur des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques et composée de 9 membres, élus pour quatre ans et répartis en trois collèges :

- Collège des cadres de santé (1 siège) ;
- Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques (2 sièges) ;
- Collège des aides-soignants (6 sièges).

Le nombre de suppléants est égal, par collège, à celui des membres titulaires.

#### *Article 8 : Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et le Comité Social d'Etablissement.*

Le CHSCT a pour mission de contribuer à la protection de la santé physique et mentale, de la sécurité des travailleurs de l'établissement, de contribuer à l'amélioration des conditions de travail, et de veiller à l'observation des prescriptions légales prises en ces matières.

Le régime applicable aux CHSCT dans les établissements de santé est prévu aux articles R4615-1 à 21 du Code du travail.

A ce titre, le CHSCT donne un avis sur :

- Tous les documents se rattachant à sa mission, et notamment sur le règlement intérieur de l'établissement.
- Le rapport annuel présenté par le Directeur portant sur le bilan de la situation en matière d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, et le bilan des actions menées pour les améliorer
- Le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. Il se prononce sur les conditions d'exécution de ce programme et sur son coût.

Le CHSCT analyse les risques professionnels, procède à des inspections, effectue des enquêtes au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, et contribue à la prévention des risques professionnels, et propose notamment des actions de prévention.

Il dispose d'un droit d'alerte en cas de danger grave et imminent ainsi qu'une mission d'inspection régulière des installations.

Le document unique d'évaluation des risques professionnels est mis à la disposition des instances représentatives du personnel en matière d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, du service de santé au travail, de l'inspecteur hygiène et sécurité, des médecins inspecteurs du travail ainsi qu'à l'ensemble des agents à leur demande.

Le règlement intérieur du CHSCT, du 10 mars 2020 précise son fonctionnement et ses attributions.

Compte tenu de la réforme du code du travail en 2017, et du code de la santé publique en 2019, le CHSCT est amené à être remplacé par le comité social d'établissement (CSE). En attendant la mise en place du CSE, les dispositions du code du travail relatives au CHSCT demeurent applicables dans leur rédaction au 23 septembre 2017 (articles R.4615-1 à R.4615-21 du code du travail). Les dispositions applicables au CSE sont précisées à l'article L.6144-3 du code de la santé publique. Au sein du CSE, une formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail peut être créée conformément aux dispositions législatives et réglementaires du code de la santé publique.

## **B. Les soins paramédicaux, médico techniques et de rééducation**

### *Article 9 : Le coordonnateur des soins*

Le coordonnateur des soins participe sous l'autorité de la direction à la mise en œuvre des projets médico-soignants de son secteur de responsabilité. Il effectue un management stratégique de la qualité et de la performance des soins en cohérence avec les missions de l'établissement, les activités médicales et les recommandations en vigueur. Il pilote les activités en lien avec les réseaux de soins, le réseau ville-hôpital et le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT).

Il anime la politique de communication interne et coordonne avec la direction de la qualité et la direction des soins, l'évaluation des pratiques professionnelles. Il travaille en étroite collaboration avec la direction des ressources humaines pour les recrutements, les affectations, l'intégration des professionnels, la mise en place des parcours qualifiants et l'accueil des stagiaires. Il assure une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences au regard de l'évolution de l'activité

### *Article 10 : Les cadres de santé*

Les cadres de santé organisent l'activité de soins et des prestations associées. Ils managent les équipes et coordonnent les moyens d'un service de soins, médico technique ou de rééducation en veillant à l'efficacité et à la qualité des prestations.

Ils développent la culture du signalement et de la gestion des risques. Ils développent les compétences individuelles et collectives. Ils participent à la gestion médico-économique au sein du service.

## **C. La pharmacie**

### *Article 11 : Le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie*

Le pharmacien chef de service chargé de la gérance de la pharmacie est responsable des activités prévues par la loi et autorisées pour cette pharmacie.

Il assure la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments, produits ou objets mentionnés dans le Code de la santé publique, ainsi que des dispositifs médicaux stériles.

Il mène ou participe à toute action d'information sur les produits considérés et à toute action d'évaluation de leur bon usage ; il concourt à la pharmacovigilance, à la matériovigilance et à la commission en charge des médicaments et des dispositifs médicaux.

Au travers du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES), il participe à l'amélioration du circuit du médicament. Il participe aux travaux des sous-commissions en charge des vigilances en tant que besoin.

Le personnel attaché à la pharmacie exerce ses fonctions sous l'autorité technique du pharmacien chargé de la gérance.

La comptabilité de la pharmacie est tenue sous son contrôle direct et sous sa responsabilité. La tenue de cette comptabilité est exclusive de tout maniement de fonds.

## **D. Organisation médicale**

### *Article 12 : Le temps médical*

L'organisation du temps de travail médical est régie par les dispositions du Code de la Santé publique. Ce dernier précise l'ensemble des règles relatives à la comptabilisation du temps médical dans l'établissement et par statut. L'organisation du temps médical est mise à jour à chaque modification réglementaire.

L'organisation de l'activité médicale et pharmaceutique à l'hôpital de Houdan comprend un service quotidien de jour et un service relatif à la permanence des soins pour la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés sous la forme d'astreintes de sécurité.

Le service quotidien de jour dans les services de soins s'entend du lundi matin 9h00 au samedi matin jusqu'à 13h00.

Le service quotidien au centre de santé s'exerce de 8h00 à 20h00 du lundi au vendredi et de 9h00 à 13h30 le samedi.

Le service de nuit s'exerce en astreinte de 17h00 à 09h. L'astreinte est effectuée par le praticien du CSPI de 17h00 à 20h00 et par les praticiens des services de soins et d'hébergement ou du Centre de Santé de 20h00 à 9h00.

### *Article 13 : La continuité de service*

Afin de garantir le fonctionnement continu du service hospitalier, le personnel médical assure :

- Les services quotidiens du matin et de l'après-midi des jours ouvrables (examens et soins des patients hospitalisés, services de soins et consultations des patients externes, analyse des examens de laboratoire et examens radiologiques, préparation et dispensation des médicaments et produits de compétence pharmaceutique - L. 4211-1 du Code de la santé publique) ;
- La participation à la continuité des soins ainsi qu'aux remplacements imposés par les congés.

La continuité des soins est assurée de jour de 09h00 à 17h00, y compris pendant la période méridienne entre 12h00 et 14h00. Les services s'organisent de manière à ce qu'il y ait toujours un interlocuteur médical physiquement présent assurant la continuité des soins dans la journée.

### *Article 14 : La permanence des soins*

La permanence des soins a pour objet d'assurer pendant chaque nuit de 17h00 à 9h00, le samedi après-midi et la journée du dimanche ou des jours fériés, la sécurité des patients hospitalisés.

Elle est organisée par astreinte de sécurité à domicile pouvant donner lieu à déplacement.

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, le directeur de l'hôpital arrête les tableaux hebdomadaires nominatifs de participation au service d'astreinte. Ces derniers sont diffusés à tous les services de soins de l'établissement ainsi qu'à l'administrateur de garde.

### *Article 15 : Les obligations de service*

Les obligations de services sont, pour un praticien exerçant à temps plein, de 10 demi-journées hebdomadaires réparties du lundi au samedi matin inclus.

Les obligations de service sont proratisées en fonction du temps de travail du praticien.

Le calcul des obligations de service des praticiens doit prendre en compte les droits à congés et RTT.

### *Article 16 : Les tableaux de service*

Le tableau de service mensuel nominatif prévisionnel est complété chaque mois pour le mois suivant par les praticiens à l'attention du service des ressources humaines médicales. Il indique de manière détaillée les périodes de temps de travail de jour et de nuit et d'astreinte à domicile pour chaque praticien du service. Y figurent également toutes les activités comptabilisées dans les obligations de service (activité d'intérêt générale, activité libérale, congés, ...).

Il peut être réajusté au jour le jour et au plus tard à la fin de chaque période mensuelle en fonction de la présence et des absences constatées pour chaque praticien.

Le tableau de service doit être signé par le chef de service. Il est transmis au service des ressources humaines médicales qui l'archive. Le tableau de service permet la comptabilisation



du temps de travail et constate le service fait justifiant la rémunération des différentes indemnités.

#### *Article 17 : Le temps de travail additionnel*

Le temps de travail additionnel correspond au temps de travail réalisé par les praticiens volontaires au-delà de leurs obligations de service.

La reconnaissance du temps de travail additionnel peut soit donner lieu à un paiement, soit à une récupération, soit à une alimentation du CET.

Le paiement du temps additionnel n'est possible qu'en cas de signature d'un contrat de temps de travail additionnel conclu entre le Directeur de l'établissement, le chef de service et le praticien.

La demande de reconnaissance du temps de travail additionnel se justifie en cas d'effectif médical inférieur à l'effectif cible défini.

#### *Article 18 : Les attributions du chef de service*

Nommé par le directeur et après avis du président de la CME, pour une période de 4 ans renouvelable, le chef de service ou responsable de structure interne :

- Propose à la Direction un projet de service, qu'il met en œuvre en collaboration avec son équipe médicale et le cadre de santé du service, avec le soutien des services supports de l'établissement ;
- Coordonne le fonctionnement médical et soignant du service dont il a la charge, en lien avec le cadre de santé du service. Il est notamment garant de la production des tableaux de service et de garde, il s'assure de la continuité des soins et de la permanence des soins de son service ;
- Construit, en lien avec la Direction et le responsable des ressources humaines, une politique de recrutement médical pour son service ;
- Est le garant de la sécurité des soins de son service. Pour cela, il s'engage dans une démarche Qualité et contribue à la déclaration des événements indésirables, à la réalisation de RMM et de CREX. Il coordonne la rédaction de procédures, protocoles et modes opératoires au regard des bonnes pratiques et recommandation pour sa spécialité ;
- Participe à la rédaction des dossiers d'autorisation d'activité de sa spécialité ;
- Est responsable de la mise en œuvre du projet médical et des projets institutionnels au niveau de son service ;
- Participe aux réunions médico-économiques organisées par la Direction et la responsable des Finances avec qui il s'accorde sur des objectifs d'activité.

#### *Article 19 : Les internes*

Les internes sont des praticiens considérés en formation, qui exercent dans différents services sous l'autorité du chef de service.

L'organisation du travail des internes est fixée, par chaque chef de service, via les différents projets pédagogiques. Ils peuvent notamment participer à des consultations, visite médicale

ou contre visite, dispenser des soins urgents, procéder à des actes ou intervention à caractère invasif, participer à l'exécution et à la validation des examens de diagnostic.

Le degré d'autonomie des internes dépend du nombre de semestre validé par l'interne. Le chef de service adapte sa formation en fonction des apprentissages de l'interne.

#### *Article 20 : Les sages-femmes*

Les sages-femmes sont responsables, au sein du centre de santé, de l'organisation et de la réalisation des consultations, suivis gynécologique de prévention, surveillance de la grossesse, préparation à l'accouchement et tous actes relevant de leur compétence.

## **Chapitre 2 : Dispositions relatives à la sécurité et à la qualité**

### **A. Règles générales de sécurité**

#### *Article 21 : Nature et opposabilité des règles de sécurité*

Les règles de sécurité ont pour but d'assurer le calme et la tranquillité des usagers, et la protection des personnes et des biens contre les risques d'origine accidentelle ou intentionnelle.

Elles visent également à protéger les personnels et leur outil de travail, ainsi que l'environnement et le patrimoine hospitalier.

Les règles de sécurité doivent être en permanence proportionnées aux besoins de l'hôpital de Houdan, des usagers et des personnels hospitaliers, en fonction des circonstances.

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

Toute personne doit se conformer aux règles de sécurité, quelle que soit la raison de sa présence au sein de l'hôpital de Houdan.

#### *Article 22 : Responsabilité*

Le directeur de l'établissement a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de police. Il lui incombe de décider si leur intervention est nécessaire.

En cas de violences à l'encontre d'un patient ou d'un visiteur, le Directeur doit faciliter le dépôt de plainte de la victime, notamment en autorisant la police à rencontrer celle-ci afin de recueillir ses propos dans les locaux de l'établissement.

Le Directeur a la charge d'aviser le Procureur de tout fait se déroulant dans l'enceinte du centre hospitalier de Houdan, susceptible de constituer un crime ou un délit.

La mise en œuvre par l'hôpital de Houdan de mesures de protection et de surveillance ne modifie pas les règles normales de la responsabilité hospitalière.

Les faits de délinquance et de violence perpétrés dans l'enceinte de l'hôpital de Houdan engagent la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient ou non identifiés.

#### *Article 23 : Calme et tranquillité au sein de l'hôpital*

Lorsque des troubles sont occasionnés par un patient ou un visiteur dans l'enceinte de l'hôpital de Houdan, le directeur peut prononcer toute mesure disciplinaire qu'il juge appropriée.

Le directeur peut également décider de l'expulsion de tout visiteur interdit ou tiers, risquant de troubler la tranquillité au sein de l'hôpital.

Le directeur est habilité à porter plainte au nom du centre hospitalier de Houdan.

#### *Article 24 : Accès à l'hôpital*

L'accès dans l'enceinte de l'hôpital est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs et à ceux qui y sont appelés en raison de leurs fonctions.

Les conditions matérielles de l'accès de ces diverses catégories de personnes sont organisées par le directeur qui, le cas échéant, peut prendre dans l'intérêt général, les mesures restrictives qui lui paraissent nécessaires.

L'accès de toute personne n'appartenant pas à une de ces catégories est subordonné à autorisation. L'établissement se réserve le droit d'interdire l'accès de son site aux personnes qui mettraient en péril la sécurité des personnes et des biens, ou compromettent le bon fonctionnement du service public hospitalier. A ce titre, il veille à ce que les tiers dont la présence au sein de l'hôpital n'est pas justifiée soient signalés, invités à quitter les lieux, et aux besoins, reconduits à la sortie du site.

Sauf besoin de service ou autorisations spéciales, il est interdit d'introduire animaux, alcool, armes et explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux, ou prohibés par la loi dans les établissements de santé. Les objets et produits dangereux ou prohibés par la loi sont déposés dans un coffre sécurisé, en attendant d'être remis aux autorités de police.

## **B. Qualité et gestion des risques**

#### *Article 25 : Modalités d'évaluation et de mise en œuvre de la gestion des risques*

Le directeur de l'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins dispensés aux patients, aux résidents et aux usagers de l'établissement.

La politique qualité et gestion des risques est portée et coordonnée par la CME et la Commission

Qualité Risques et Vigilances (CQRV). La CQRV a en charge la coordination du système de management de la qualité et des risques au sein de l'établissement :

- Elaborer, suivre et évaluer le Programme d'Amélioration Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) ;
- Contribuer au déploiement et au renforcement d'une culture de sécurité par la gestion des risques a priori et a posteriori.

La CQRV rend compte régulièrement de sa mission devant la CME et le Directoire.

En outre, différentes évaluations sont réalisées afin d'améliorer en continue les pratiques. Les patients peuvent notamment faire part de leurs appréciations et remarques par différents moyens:

- Le questionnaire de sortie à remettre à un membre du service ou à adresser au service qualité ;
- La participation à l'enquête nationale de satisfaction e-SATIS transmise par mail.

Il en est de même pour les résidents des services d'hébergement qui peuvent par le biais d'enquêtes de satisfaction régulière faire part de leur niveau de satisfaction concernant leurs conditions d'hébergement.

#### *Article 26 : Sécurité incendie*

L'hôpital de Houdan est assujéti aux règles de sécurité contre les risques d'incendie applicables à tous les établissements recevant du public.

L'hôpital de Houdan a inscrit à son plan de formation des formations à la sécurité-incendie. Tout le personnel est tenu de suivre périodiquement les séances de formation internes relative à la sécurité contre l'incendie.

Tout aménagement intérieur doit faire l'objet d'une demande préalable auprès des Services Techniques.

Les consignes de protection contre l'incendie doivent être respectées scrupuleusement.

#### *Article 27 : Interdiction de fumer et de vapoter*

Il est interdit de fumer et de vapoter dans tous les lieux de l'hôpital fermés et couverts. Une signalisation apparente rappelle cette interdiction.

#### *Article 28 : Interdiction d'introduire, de consommer de l'alcool ou produits stupéfiants*

Il est strictement interdit pour les patients, résidents et les visiteurs d'introduire, de distribuer ou de consommer de l'alcool ou des produits stupéfiants dans les locaux de l'hôpital. Toute personne dérogeant à cette règle s'expose à une exclusion immédiate de l'établissement.

#### *Article 29 : Circonstances exceptionnelles*

En cas de circonstances exceptionnelles, le directeur prend toutes les mesures justifiées par la nature des événements. Ces mesures doivent être proportionnées à la gravité de la situation. Le comité local d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en est informé pour toutes les matières relevant de sa compétence.

Le directeur peut faire procéder, avec l'accord et en présence des intéressés, à l'ouverture des vestiaires, armoires individuelles, véhicules ou à des investigations dans les chambres d'hospitalisation. Le cas échéant, le directeur peut faire interdire l'accès à l'hôpital de Houdan à toute personne qui refuserait de se prêter aux mesures qu'il aura adoptées.

En cas de péril grave et imminent, pouvant provoquer une atteinte sérieuse à l'intégrité physique des personnes présentes sur le site de l'hôpital, le directeur peut, nonobstant le consentement des intéressés, faire procéder en urgence à l'inspection de certains locaux et à l'examen de certains mobiliers ou véhicules.

Il peut aussi décider d'un périmètre de sécurité ou d'une évacuation. En situation de catastrophe ou lors du déclenchement de plans d'urgence, le directeur prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission du service public hospitalier.

#### *Article 30 : Astreintes techniques*

L'hôpital de Houdan fait face en permanence aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour assurer la sécurité du fonctionnement.

Le service technique assure ces interventions sur l'ensemble de l'hôpital.

Le tableau d'astreintes techniques désigne nominativement les agents qui assurent ces interventions. Elles sont organisées du vendredi 16h au vendredi suivant 8h00.

#### *Article 31 : Obligations de signalement des évènements indésirables liés à l'utilisation des produits et biens de santé et des évènements indésirables grave associé aux soins*

Tout professionnel qui a connaissance d'un effet indésirable grave ou inattendu, d'un incident ou d'un risque d'incident lié à une vigilance sanitaire est tenu d'en alerter immédiatement le correspondant local de l'établissement. L'organigramme des vigilants est disponible dans le logiciel de gestion documentaire.

- Evènement lié à :
  - o L'utilisation d'un médicament : pharmacovigilance
  - o L'utilisation d'un dispositif médical : matériovigilance
  - o L'utilisation d'un produit sanguin labile : hémovigilance
  - o L'utilisation d'un dispositif médical émettant des rayonnements ionisants ou un examen d'imagerie médicale exposant à des rayonnements ionisants : radioprotection
  - o Une infection associée aux soins : infectiovigilance
  - o L'identité d'un patient : identitovigilance
  - o Un incident de sécurité des systèmes d'information : cybersécurité

Tout agent qui a connaissance d'un événement indésirable concernant tout secteur de la vie hospitalière est tenu de le signaler par le biais d'une Fiche d'Evènement Indésirable et d'en informer la cadre du service et le médecin chef de service le cas échéant.

En application du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients, tout Evènement Indésirable Grave Associée aux Soins (EIGS) doit être déclaré aux agences sanitaires via le portail de signalement <https://signalement.social-sante.gouv.fr/> . Cette déclaration se fait avec l'appui du service qualité.

## **C. Intervention de la police et de la justice**

### *Article 32 : Enquêtes de police*

En cas d'enquête de police judiciaire, le directeur doit être informé des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient. En cas d'intervention des forces de police suite à une commission rogatoire, le directeur pourra demander lecture de celle-ci à l'Officier de Police Judiciaire (OPJ).

Lors de leur intervention, les forces de l'ordre doivent respecter la tranquillité des autres patients et le fonctionnement du service public hospitalier.

### *Article 33 : Auditions de patients*

Le patient peut être entendu en qualité de simple témoin, de victime ou de suspect. Tout patient peut, s'il le souhaite, prendre directement contact avec la police. Cependant, l'accord du directeur doit être sollicité pour que les forces de l'ordre pénètrent dans l'établissement.

## **D. Règles de circulation et stationnement**

### *Article 34 : Voierie hospitalière, circulation et stationnement*

Le Code de la Route est applicable dans l'ensemble de l'hôpital de Houdan. La signalisation est adaptée au Code de la route. Une convention a été passée avec la gendarmerie habilitée notamment à faire respecter le Code de la route dans l'enceinte de l'hôpital

La vitesse de circulation sur le site est limitée à 15 km/h. Aucun véhicule ne doit être stationné le long du bâtiment 4 Saisons, ni en dehors des places identifiées pour stationner.

Le stationnement dans la cour d'honneur est réservé aux véhicules d'urgence, ambulances, consultants... Les personnels ne sont pas autorisés à y stationner et doivent occuper les places prévues à cet effet.

Toute personne doit respecter les règles de stationnement dans l'enceinte de l'établissement. Le personnel autorisé à stationner dans l'enceinte de l'établissement doit mettre en évidence dans son véhicule la carte de stationnement qui lui est attribuée : cette carte est strictement personnelle et toute reproduction ou cession est interdite.

L'hôpital de Houdan se réserve le droit d'interdire temporairement ou définitivement l'accès à son site aux personnes qui ne respecteraient pas les règles applicables, ou compromettraient le bon fonctionnement du service public hospitalier.

L'hôpital de Houdan peut demander, aux frais du propriétaire, l'enlèvement de tout véhicule dont le stationnement, même régulier, serait sans lien avec le service public hospitalier.

Enfin, l'accessibilité, même régulière, à l'hôpital de Houdan, n'engage en rien la responsabilité de celui-ci en matière d'accident de la circulation, de vol, ou de dégradation de véhicule.

## **Chapitre 3 : Règles applicables aux patients, résidents, visiteurs et accompagnants**

### **A. Règles générales d'hospitalisations et de consultations externes**

#### *Article 35 : Principe de libre choix du patient*

Le droit du patient au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile est un principe fondamental de la législation sanitaire. Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont le patient relève, dans les limites imposées par les situations d'urgence et par les disponibilités en lits et en personnel de l'hôpital de Houdan.

Les patients ne peuvent, à raison de leurs convictions, récuser un agent ou la présence d'autres usagers, ni exiger une adaptation du fonctionnement l'hôpital de Houdan.

#### *Article 36 : Accès aux soins des personnes démunies*

L'accès à la prévention et aux soins est un droit des personnes démunies qui s'adressent à l'hôpital de Houdan. Au sein de l'hôpital une assistante sociale peut assurer leur accès au système de santé et les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

### **B. Admissions**

#### *Article 37 : Livret d'accueil et questionnaire de sortie*

Il est remis à tout patient admis en hospitalisation au sein du site un livret d'accueil qui contient tous les renseignements utiles sur les formalités administratives d'admission et de sortie, les conditions de séjour et l'organisation de l'hôpital.

Les dispositions de la Charte de la personne hospitalisée sont insérées dans ce livret ainsi qu'un questionnaire permettant au malade de consigner librement ses observations, critiques et suggestions et pouvant être déposé à sa sortie.

Ce livret contient la liste nominative des membres de la Commission Des Usagers (CDU), accompagnée d'une information sur les modalités d'expression et de traitement des doléances.

Ce livret d'accueil mentionne l'existence du présent règlement intérieur et le fait qu'il est tenu à la disposition de toute personne qui en fait la demande, et qu'il est accessible sur le site internet de l'établissement. Le patient reçoit un questionnaire sur lequel il peut librement consigner ses observations, critiques et suggestions, et qu'il peut déposer à sa sortie.

#### *Article 38 : Pièces à fournir lors de l'admission*

Sous réserve de certaines dispositions, l'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du malade et aux conditions de prise en charge de son hospitalisation.

A cet effet, le malade ou son représentant doit présenter à l'accueil :

- Sa carte vitale ou son attestation de carte vitale permettant de justifier de l'ouverture de ses droits auprès d'un organisme d'assurance maladie ;
- Un titre d'identité comportant sa photographie (carte nationale d'identité, carte de séjour, passeport ...) ;
- Le cas échéant, sa carte de mutuelle en cours de validité ou un document attestant qu'un tiers payeur (mutuelle, collectivité publique, organisme étranger) assure la prise en charge du ticket modérateur ;
- Le cas échéant, sa déclaration d'accident du travail en cas d'accident du travail ;
- Le cas échéant, un document attestant que le patient est bénéficiaire de l'aide médicale d'Etat.

Les bénéficiaires de l'article L115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre sont tenus de laisser leur carnet de soins gratuits à la disposition de l'administration de l'établissement pendant la durée de leur hospitalisation.

Si le patient n'est pas assuré social, hors cas d'urgence, il est tenu de signer un engagement de paiement de l'intégralité des frais d'hospitalisation.

Quel que soit le mode d'admission du patient, celle-ci est prononcée par le directeur, sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'hôpital.

#### *Article 39 : Ressortissants de l'Union Européenne*

Les ressortissants communautaires assurés à l'étranger doivent présenter leur carte d'assuré social (carte européenne) ou leur prise en charge par leur assurance privée. Sans présentation de ces pièces, le patient devra régler l'intégralité des frais.

#### *Article 40 : Ressortissants hors Union Européenne*

Le patient non ressortissant de l'Union Européenne, pour bénéficier de soins programmés à l'hôpital de Houdan, doit adresser au Directeur, par l'intermédiaire du médecin, une lettre de demande d'avis médical, et un résumé du dossier médical sous pli confidentiel.

Après étude du dossier, le centre hospitalier de Houdan adressera au patient un avis médical accompagné d'un devis contresigné par la direction de l'Hôpital, indiquant la durée prévisionnelle du séjour, et le montant prévisionnel des frais de soins. L'admission est subordonnée à la confirmation de la prise en charge des soins soit par un organisme tiers payeur, soit par le patient lui-même qui en ce cas devra régler l'intégralité du devis avant son admission. Lorsque le séjour du malade est irrégulier, il est préférable de contacter le service social, qui pourra proposer, le cas échéant, une prise en charge sociale adaptée.

L'admission d'un malade en situation d'urgence médicalement constatée est de droit, quelles que soient les conditions de prise en charge administrative du malade. Il restera tout de même redevable des frais d'hospitalisation.



#### *Article 41 : Admission à la demande d'un médecin traitant ou suite à une consultation*

L'admission est décidée, sur présentation d'un certificat médical attestant la nécessité de l'hospitalisation, accompagné d'une lettre cachetée du médecin à l'adresse du médecin du service hospitalier donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles pour le diagnostic et le traitement.

#### *Article 42 : Admission programmée*

Afin d'organiser sa pré-admission, le patient peut se rendre au bureau des admissions de l'hôpital de Houdan ou communiquer par mail, les pièces nécessaires à sa future prise en charge.

Lorsque l'admission est programmée à la demande des urgences : l'entrée du patient est programmée dès que possible.

Lors l'admission est programmée à la demande du médecin traitant : l'entrée est programmée selon la disponibilité des lits et le degré d'urgence.

L'admission d'une personne pour sevrage alcoolique est toujours réalisée à une date programmée. Les personnes sont recontactées par l'infirmière.

Lors de l'admission programmée en Unité de Soins Palliatifs (USP) : la demande d'admission dans le service est à chaque fois étudiée par un médecin de l'unité et requiert l'avis du chef de service. Si leur avis est en faveur d'une admission au sein du service, l'infirmier de parcours entre en contact avec le patient.

#### *Article 43 : Admission directe dans un service*

Lorsque son état clinique le justifie, le malade est dirigé sans délai vers un service en mesure de le prendre en charge. Dans ce cas, le service informe les admissions et les renseignements nécessaires à l'établissement du dossier administratif, s'ils n'ont pu être fournis par un accompagnant, sont recueillis ultérieurement.

#### *Article 44 : Admission anonyme et admission sous confidentialité*

Le patient peut demander que sa présence au sein de l'établissement soit confidentielle. Dans ce cas, son identité ne sera connue que des services hospitaliers et des organismes d'assurance maladie. La confidentialité peut être demandée après la procédure d'admission. Le patient peut demander à être admis de façon anonyme.

#### *Article 45 : Les consultations*

Sous réserve de certaines dispositions, l'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du malade et aux conditions de prise en charge de sa consultation.

A cet effet, le patient ou son représentant doit présenter à l'accueil :

- Sa carte vitale ou son attestation de carte vitale permettant de justifier de l'ouverture de ses droits auprès d'un organisme d'assurance maladie ;

- Un titre d'identité comportant sa photographie (carte nationale d'identité, carte de séjour, passeport ...)
- Le cas échéant, sa déclaration d'accident du travail en cas d'accident du travail ;
- Le cas échéant, un document attestant que le patient est bénéficiaire de l'aide médicale d'Etat.

## C. Les soins

### *Article 46 : Information du patient sur les soins et sur son état de santé*

Le malade est associé au choix thérapeutique le concernant et son consentement recherché. A cet effet - sauf urgence, impossibilité d'y procéder ou volonté expresse de la personne d'être tenue dans l'ignorance (sans risque pour des tiers) – une information appropriée, accessible et loyale doit être fournie à tout patient sur tous les éléments concernant son état de santé, y compris les risques fréquents ou graves normalement prévisibles que comportent les actes proposés en fonction de son état présent et de ses antécédents.

Le malade qui est victime ou s'estime victime d'un dommage imputable à l'activité soignante, ou son représentant légal, doit être informé sur les circonstances et les causes de ce dommage.

En dehors des informations de nature médicale, les personnes hospitalisées (ou consultantes) sont informées par tous moyens adéquats du nom des médecins et autres professionnels appelés à leur donner des soins. Toute personne a droit également à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion des activités de soins et sur les conditions de leur prise en charge.

Afin de respecter les droits des patients non francophones, l'interprétariat peut être assuré par des professionnels qui se sont déclarés comme maîtrisant une langue étrangère auprès du service des ressources humaines.

### *Article 47 : Information de la famille*

Avec l'accord du malade et dans le but de le faire bénéficier d'un soutien, les indications d'ordre médical – telles que diagnostic et évolution de la maladie – peuvent être données aux membres de la famille par les médecins dans les conditions et limites définies par le Code de la Santé et le Code de déontologie médicale ; de même, les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être fournis par des personnels qualifiés aux membres de la famille, sauf opposition de la part du malade.

Dans chaque service les médecins reçoivent les familles des patients dans des conditions préservant la confidentialité.

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

Sur demande écrite, les ayants droit d'un malade décédé peuvent, notamment en ayant accès aux documents de son dossier médical dans les mêmes conditions que l'intéressé, obtenir les informations qui leur seraient nécessaires pour connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir leurs droits, sauf opposition exprimée par la personne avant

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

#### *Article 48 : La personne de confiance*

La personne de confiance a vocation à accompagner le patient dans ses démarches, et à assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions, s'il en formule la demande. Elle peut également accéder aux informations concernant la santé du malade, si celui-ci ne s'y oppose pas. Elle peut enfin transmettre l'avis du patient si ce dernier devenait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cet effet.

Lors de son admission, le patient peut désigner une personne de confiance. L'ensemble des services de l'hôpital doivent rechercher, lors de son admission, la possibilité d'effectuer cette démarche. Toute personne peut désigner une personne de confiance, hormis les majeurs sous tutelle. Cette désignation, facultative, figure au dossier médical. Il est fortement recommandé de prévenir la personne de sa désignation, et de l'informer sur son rôle éventuel, dont elle doit avoir pleinement conscience.

Le rôle de la personne de confiance est renforcé pour les patients en fin de vie : lorsque le malade dans cette situation est hors d'état d'exprimer sa volonté et sauf urgence ou impossibilité, l'avis de la personne de confiance qu'il a désignée prévaut sur tout autre avis non médical, hormis les directives anticipées que le patient aurait rédigées.

La personne de confiance ne se confond pas nécessairement avec la « personne à prévenir » en cas d'aggravation de l'état de santé (ou décès), sauf désignation d'une même personne par le patient.

En tout état de cause, la personne de confiance n'est consultée que pour avis. Celui-ci ne s'impose pas au médecin prenant en charge le patient.

#### *Article 49 : Les directives anticipées*

Les directives anticipées expriment, par écrit, les volontés du patient en ce qui concerne les traitements ou actes médicaux qu'il souhaite à la fin de sa vie ou en cas de maintien artificiel de la vie (les poursuivre, les limiter, les arrêter ou les refuser). Les professionnels de santé doivent respecter ces souhaits, sauf en cas d'urgence vitale ou si les directives anticipées sont non conformes à la situation médicale. Le médecin peut alors ne pas en œuvre les directives pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation. Elles sont modifiables et révocables librement à tout moment. Elles sont valables sans limite de temps.

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées même les personnes sous tutelle avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille. Ce document doit être écrit, daté, signé, et authentifié par le nom, le prénom, la date et le lieu de naissance de son rédacteur. Si la personne n'est plus dans la possibilité d'écrire, tout en restant capable d'exprimer sa volonté, cette dernière peut faire appel à deux témoins, dont la personne de confiance, pour attester que l'écrit correspond à la véritable expression d'une volonté libre et éclairée.

Ces directives peuvent être modifiées totalement ou partiellement, et sont révocables à tout moment. Le médecin doit en tenir compte. .

#### *Article 50 : Le consentement aux soins*

Toute personne prend, avec le professionnel de santé concerné et compte tenu des informations et des préconisations fournies, les décisions concernant sa santé. Le consentement du patient est recherché et tracé.

Sauf disposition légale spécifique, aucun acte ou traitement médical ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du malade qui peut le retirer à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut avoir lieu avant consultation de l'éventuelle « personne de confiance » ou de la famille, ou à défaut d'un autre proche.

#### *Article 51 : Les soins prodigués dans une situation d'urgence*

En cas d'urgence mettant en jeu la vie du patient et en cas d'impossibilité de recueillir son consentement éclairé ou de consulter l'un des proches précités, le médecin dispense les soins qu'il estime nécessaires dans le respect de la vie et de la personne humaine ; dès que possible, il en tient ensuite informés les accompagnants et l'un des proches du patient.

#### *Article 52 : Le refus des soins*

Les usagers des services publics ne peuvent récuser un agent public, ni exiger une adaptation du fonctionnement du service public ou d'un équipement public en raison de leurs convictions. Si le patient persiste dans son refus des soins, la sortie est prononcée après signature par le malade d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés.

En matière d'urgence, le médecin dispense les soins qu'il estime nécessaires dans le respect de la vie et de la personne humaine, même sans l'accord du patient ; dès que possible, il en tient ensuite informés les accompagnants et l'un des proches du patient.

### **D. Dispositions concernant les soins des mineurs venant en consultation au Centre de Santé**

#### *Article 53 : Information, consentement et refus de soins du mineur*

Les droits des mineurs en matière d'information et de consentement aux soins sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale.

Les mineurs ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant de manière adaptée à leur degré de maturité.

Le consentement des mineurs doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision.

Par dérogation aux dispositions relatives à l'autorité parentale, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé du mineur. Dans ce cas, le praticien peut passer outre le refus des parents et lui prodiguer les soins nécessaires.

#### *Article 54 : Communication du dossier médical du mineur*

Le droit d'accès au dossier médical d'un patient mineur est exercé par les titulaires de l'autorité parentale, sauf lorsque le mineur s'est opposé à cette consultation afin de garder le secret sur son état de santé.

Le mineur peut également demander à ce que l'accès du titulaire de l'autorité parentale aux informations concernant sa santé s'exerce par l'intermédiaire d'un médecin.

### **E. Les conditions de séjour**

#### *Article 55 : Accueil des patients – livret d'accueil*

Il est remis à tout malade admis en hospitalisation au sein du site un livret d'accueil qui contient tous les renseignements utiles sur les formalités administratives d'admission et de sortie, les conditions de séjour et l'organisation de l'hôpital. Les dispositions de la Charte de la personne hospitalisée sont insérées dans ce livret ainsi qu'un questionnaire permettant au malade de consigner librement ses observations, critiques et suggestions et pouvant être déposé à sa sortie. Ce livret contient la liste nominative des membres de la Commission Des Usagers (CDU), accompagnée d'une information sur les modalités d'expression et de traitement des doléances. Ce livret d'accueil mentionne l'existence du présent règlement intérieur et le fait qu'il est tenu à la disposition de toute personne qui en fait la demande, et qu'il est accessible sur le site internet de l'établissement.

#### *Article 56 : Service social*

Le Service Social a pour mission de faciliter sous tous ses aspects la vie des patients à l'hôpital, ainsi que de rechercher et de proposer les actions nécessaires à leur accès aux soins et à leur réinsertion sociale, familiale, professionnelle ou scolaire. A la disposition des patients, des familles et des proches, ce service participe à la prévention, au dépistage et au traitement des répercussions familiales, économiques et psychologiques inhérentes à la maladie, au handicap et à l'âge.

Il aide à la mise en place des procédures de protection des personnes et des biens, lorsqu'elles s'avèrent nécessaires.

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

#### *Article 57 : Relations avec les associations d'usagers*

L'hôpital de Houdan facilite l'intervention d'associations qui proposent, de façon bénévole et dans le respect de la réglementation, un soutien ou des activités au bénéfice des patients et résidents, à leur demande ou avec leur accord, au sein du site.

Préalablement à leurs interventions, ces associations doivent obtenir l'autorisation du directeur et conclure avec l'hôpital une convention définissant les droits et obligations réciproques. L'accès auprès des patients est subordonné à cette procédure. Cette convention définit également les modalités d'intervention de l'association.

Les visites ou activités proposées par les associations sont subordonnées à l'organisation du service ainsi qu'à l'état de santé des patients ou résidents.

#### *Article 58 : Réclamations et voies de recours*

Indépendamment de la possibilité de répondre au questionnaire de satisfaction, le patient ou ses ayants droit peuvent faire part directement au directeur de l'hôpital de leurs observations, celui-ci, en sa qualité de représentant légal de l'établissement, est le seul habilité à recevoir les plaintes et les réclamations.

Tout usager de l'établissement peut exprimer oralement ses griefs auprès des responsables des services de l'établissement. En cas d'impossibilité ou si les explications reçues ne le satisfont pas, il est informé de la faculté qu'il a soit d'adresser lui-même une plainte ou réclamation écrite au directeur, soit de voir sa plainte ou réclamation consignée par écrit, aux mêmes fins. Dans la seconde hypothèse, une copie du document lui est délivrée sans délai.

Le directeur accuse réception des demandes et réclamations présentées par écrit. Soit ce dernier y répond dans les meilleurs délais, en avisant le plaignant de la possibilité qui lui est offerte de saisir un médiateur, soit il informe l'intéressé qu'il procède à cette saisine.

Si le patient ou ses ayants droit estime avoir subi un préjudice dans le cadre de sa prise en charge par l'hôpital, il peut saisir le directeur de l'hôpital d'une réclamation en vue d'obtenir réparation. Le directeur est tenu de lui faire connaître les voies de recours qui lui sont ouvertes.

#### *Article 59 : Médiateurs*

Un médiateur médecin et son suppléant sont désignés par le directeur de l'hôpital parmi les médecins exerçant ou ayant exercé au sein de l'établissement ou, à défaut, parmi les médecins visés à l'article R. 1112-82 du code de la santé publique.

Les plaintes ou réclamations reçues au sein de l'hôpital qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical sont communiquées au médiateur médecin. Les plaintes ou réclamations étrangères à ces questions sont communiquées au médiateur non médecin. Les plaintes ou réclamations qui portent sur des questions médicales et des questions non médicales sont communiquées conjointement au médiateur médecin et au médiateur non médecin.

Le médiateur rencontre le patient, lorsque ce dernier en fait la demande. Il peut également rencontrer ses proches lorsqu'il l'estime utile ou à leur demande. Lorsqu'il souhaite consulter un dossier médical, le médiateur médecin demande l'accord écrit du patient ou de son représentant légal ou de ses ayants droit en cas de décès. Le médiateur rend compte de son action au président de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

#### *Article 60 : Représentation des usagers*

La Commission des Usagers (CDU) veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches. Elle contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des patients et de leurs proches.

Elle examine au moins une fois par trimestre et chaque fois que nécessaire les réclamations adressées à l'établissement par les usagers et le cas échéant, les informe sur les voies de conciliation et de recours. Elle peut, si elle le juge utile, rencontrer l'auteur d'une réclamation.

Le représentant des usagers membre de la commission des usagers peut accompagner l'utilisateur dans sa réclamation et s'il le souhaite pendant sa rencontre avec le médiateur.

Elle est informée des événements indésirables graves, de leur analyse et des actions menées par l'établissement pour y remédier. Elle procède à une appréciation des pratiques de l'établissement et formule des recommandations concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

Elle est consultée et formule des avis et propositions sur la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches.

Elle transmet au Conseil de surveillance, après avis des autres instances consultatives concernées, son rapport (mentionné à l'article L. 1112-3 du Code de la santé publique), quinze jours au moins avant la séance au cours de laquelle ce dernier délibère sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers, la qualité de l'accueil et la prise en charge.

Elle est composée du représentant légal de l'hôpital, du médiateur médecin, du médiateur non médecin et de deux représentants des usagers, tous astreints au secret professionnel.

Elle peut désormais être présidée par un représentant des usagers.

Elle peut proposer un projet des usagers.

#### *Article 61 : Exercice du culte et relations avec le ministère des cultes*

L'hôpital de Houdan facilite l'exercice du culte de chaque patient qui en fait la demande. Si le malade le souhaite, il peut déclarer appartenir à un culte spécifique lors de son admission, afin de bénéficier d'un accompagnement spirituel approprié.

Les familles en deuil peuvent également bénéficier d'un soutien.

Le patient peut recevoir la visite d'un ministre du culte de sa confession, soit en contactant directement la personne de son choix, soit en sollicitant le personnel soignant qui le mettra en lien avec l'aumônerie de l'hôpital.

#### *Article 62 : Modalités et horaires de visites*

Les visites aux hospitalisés ont lieu, en règle générale, entre 13 h et 20 h, tous les jours. Des aménagements horaires sont accordés selon les spécialités et les situations individuelles. Il est recommandé de limiter le nombre de visiteurs à trois personnes, et d'éviter les visites des jeunes enfants de moins de 12 ans sauf cas particulier ».

Il n'y a pas d'horaires de visite en unité de soins palliatifs. Les familles peuvent être présentes à tous moments de la journée dans la mesure où celles-ci n'empêchent pas le bon déroulement des soins.

#### *Article 63 : Comportement des visiteurs*

Les visiteurs doivent respecter le repos des patients et résidents, éviter de gêner le fonctionnement du service, accepter sur demande du personnel de se retirer des chambres des patients/résidents ou d'autres locaux pendant l'exécution des soins et examens, éviter de

provoquer tout bruit intempestif, et respecter strictement l'interdiction de fumer et de vapoter. Ils ne doivent pas imposer leur présence aux patients/résidents contre leur gré.

Il est interdit aux visiteurs d'introduire dans l'hôpital des médicaments (sauf accord express du médecin), boissons alcoolisées ou produits stupéfiants de quelque nature qu'ils soient. Les produits, à l'exception des stupéfiants, ainsi apportés à l'hôpital seront rendus aux visiteurs.

Il est par ailleurs déconseillé aux visiteurs d'apporter aux patients des denrées ou boissons, même non alcoolisées qui pourraient être incompatibles avec leur régime alimentaire.

Dans un souci de prévention des intoxications alimentaires et selon la réglementation en vigueur, l'apport des aliments venant de l'extérieur est réglementé :

- Sont autorisés : les produits alimentaires ne présentant pas de risque de contamination : gâteaux secs, fruits secs, pain, fruits, sucreries
- Sont interdits : les produits frais dont nous ne pouvons garantir la qualité et la conservation : plats traiteurs, plats familiaux, viandes, charcuterie, sauces, yaourts, crèmes, fromages...

Le personnel hospitalier peut interrompre immédiatement la visite et saisir la direction pour décider l'expulsion d'un visiteur ne se conformant pas au présent règlement intérieur, avec éventuellement une interdiction de visite ultérieure. Si nécessaire, le concours des forces de l'ordre peut être sollicité.

Enfin, la courtoisie réciproque s'impose aux patients et aux visiteurs, tout comme aux personnels hospitaliers.

#### *Article 64 : Visiteurs interdits*

L'accès au sein de l'hôpital de Houdan de démarcheurs, représentants et enquêteurs est interdit, sauf accord du malade et autorisation spécifique de la direction. Ceux-ci s'exposent à une expulsion immédiate s'ils pénètrent, sans autorisation écrite du directeur, dans les chambres et les locaux hospitaliers. Aucune enquête notamment téléphonique ne peut être menée auprès des patients sans l'accord du directeur ; les patients ne peuvent en aucun cas être tenus d'y répondre.

De même, l'accès à l'enceinte de l'hôpital est strictement interdit aux membres de mouvements sectaires. Le directeur peut ordonner leur expulsion de l'établissement immédiatement, avec le concours des forces de l'ordre si nécessaire. L'accès des professionnels de la presse (journalistes et photographes) et les modalités d'exercice de leur profession au sein du centre hospitalier de Houdan doivent préalablement faire l'objet d'une demande exprimée auprès de la direction. Si cette demande est acceptée, elle fait l'objet d'une autorisation écrite transmise au demandeur. Les jours fériés et week-ends, ces professionnels doivent formuler leur demande auprès de l'administrateur de garde.

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

Les images (télévisées ou photographiques) concernant des patients ne peuvent être réalisées sans une autorisation écrite et signée par ces patients. L'hôpital de Houdan ne saurait en aucune manière être appelé en garantie en cas de litige consécutif à leur utilisation.



#### *Article 65 : Menus, horaires des repas et repas aux accompagnants*

Les menus sont élaborés avec la collaboration d'une diététicienne de manière à respecter le régime qui convient au patient/résident.

Afin d'améliorer la prise en charge nutritionnelle, un Comité de Liaison Alimentation, Nutrition (CLAN) travaille sur la prestation restauration de l'établissement.

Ce comité est composé de professionnels et de représentants d'usagers.

Le séjour hospitalier est organisé selon des horaires tenant compte des besoins des patients. Les plages horaires fixées sont les suivantes (sous réserve des nécessités d'ordre médical ou des contraintes exceptionnelles d'organisation) :

- Petit déjeuner : de 7h 30 à 8h30 ;
- Déjeuner : de 12h00 à 13h00 ;
- Dîner : à partir de 18h00.

Les horaires sont susceptibles de modification en fonction des spécificités de certains services ou de certaines prises en charge de patients.

Les repas sont servis individuellement, au lit du malade ou dans des locaux de séjour.

Un repas peut être servi aux personnes rendant visite aux patients hospitalisés lorsqu'ils sont dans l'impossibilité de prendre leurs repas à l'extérieur, et sous réserve des moyens d'accueil de chaque service. Ces repas seront facturés au tarif visiteur fixé annuellement par le directeur de l'établissement.

#### *Article 66 : Déplacements des hospitalisés dans l'établissement*

Les patients peuvent se déplacer librement dans l'enceinte de l'hôpital conformément à la liberté d'aller et venir. Cette liberté peut être amenée à être restreinte sur prescription médicale après discussion bénéfique/risque et traçabilité dans le dossier du patient.

Les patients doivent être vêtus de façon décente au cours de leurs déplacements dans l'enceinte de l'hôpital de Houdan.

#### *Article 67 : Comportement des hospitalisés et désordres causés par le patient*

La vie hospitalière requiert du patient le respect de certaines règles de vie en collectivité :

- Courtoisie et discrétion dans les relations avec le personnel et les autres patients, ainsi que le respect du calme et du repos d'autrui.
- Souci du maintien en bon état des locaux et objets mis à disposition (des dégradations sciemment commises peuvent d'ailleurs, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner une décision de sortie du malade pour motif disciplinaire).

#### *Article 68 : Hygiène du patient au sein de l'établissement*

Durant son séjour à l'hôpital de Houdan, le patient respectera une stricte hygiène corporelle, ainsi que les recommandations reçues dans le cadre de la prévention des infections nosocomiales.

#### *Article 69 : Effets personnels*

Les patients doivent prévoir pour leur séjour hospitalier du linge personnel et un nécessaire de toilette. Sauf cas particuliers, son entretien n'incombe pas à l'hôpital et sa conservation obéit aux règles générales de la responsabilité hospitalière. En cas de nécessité, des vêtements appropriés sont mis à la disposition des patients pour la durée de leur hospitalisation. L'entretien des effets personnels d'un patient hospitalisé peut être réalisé moyennant une facturation.

Les patients ne doivent conserver que les objets strictement nécessaires à leur séjour. Si, lors de leur admission, les personnes hospitalisées sont en possession de leur carte bancaire, carte d'identité, ou de tout autre objet de valeur, il leur est vivement recommandé de s'adresser aux personnels hospitaliers afin d'effectuer le dépôt de ces biens.

#### *Article 70 : Utilisation du téléphone portable*

Les téléphones portables ainsi que tous les supports informatiques de communication sont à utiliser avec modération et discrétion.

L'hôpital de Houdan décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol de téléphones portables et des supports informatiques.

Il est interdit de photographier, filmer ou d'enregistrer du son au sein de l'établissement à l'exception de captures strictement personnelles. Les personnes doivent veiller à ne pas inclure d'autres personnes de manière reconnaissable (patients, visiteurs, personnels). La diffusion de toute information, son ou image impliquant l'hôpital sur les réseaux sociaux et autres médias n'est pas autorisée. En cas de non-respect l'hôpital de Houdan donnera des suites pour atteinte à la vie privée ou à l'image de l'hôpital.

#### *Article 71 : Téléphone et Télévision*

Les chambres sont équipées d'un téléphone. L'ouverture de la ligne téléphonique pour des appels vers l'extérieur est sujette à un approvisionnement forfaitaire et à l'attribution d'un code d'accès personnel qui est communiqué par les admissions.

Les téléviseurs personnels sont interdits dans les chambres afin d'éviter les accidents dont le patient devrait porter la responsabilité. Pour recevoir toutes les chaînes dans les chambres équipées d'un téléviseur, une caution est demandée le jour de l'admission et la facturation s'effectuera à l'issue du séjour au prorata des jours d'hospitalisation.

## **F. Sorties**

#### *Article 72 : Formalités de sortie*

Lorsque l'état du malade ne requiert plus son maintien à l'hôpital, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin avec mention dans le dossier administratif du patient.

La sortie donne lieu à la remise au malade, si nécessaire, d'un bulletin de sortie indiquant les dates de son séjour ainsi qu'à la délivrance des certificats médicaux nécessaires à la justification de ses droits et des ordonnances indispensables à la poursuite des soins. Le médecin traitant reçoit le plus tôt possible toutes informations propres à lui permettre de poursuivre la surveillance du malade s'il y a lieu.

Le jour de sa sortie, le patient doit impérativement se rendre aux admissions pour s'acquitter des factures liées à son séjour.

#### *Article 73 : Transports en ambulance*

En cas de nécessité médicale, une prescription de transport par ambulance ou autre véhicule sanitaire peut être établie par un médecin hospitalier. Lorsque le coût du transport est à la charge du malade, le malade dispose du libre choix de l'entreprise.

#### *Article 74 : Autorisation de sortie provisoire*

Les patients peuvent, en fonction de leur état de santé, de la longueur de leur séjour et sans préjudice de leur liberté d'aller et venir, bénéficier d'autorisations de sortie d'une durée maximale, sauf cas exceptionnel, de 48 heures. Ces autorisations sont données par le directeur, sur avis favorable du médecin responsable de la structure médicale concernée.

Les horaires de départ et de retour et, le cas échéant, l'identité de l'accompagnant, doivent être notés au sein de l'unité de soins.

Lorsqu'un patient qui a été autorisé à quitter l'hôpital de Houdan ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, l'hôpital peut le porter sortant.

#### *Article 75 : Sortie contre avis médical*

Sauf cas particuliers, les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement. Toutefois, si de l'avis du médecin, celle-ci est prématurée et présente un danger pour la santé, cette sortie sur décision du malade est assimilée à un refus de soins. Il est alors demandé au malade de signer une décharge consignante sa volonté de sortir contre avis médical malgré sa connaissance des risques éventuels ainsi encourus ; en cas de refus de signer cette décharge, un procès-verbal est établi.

Le responsable médical présent informe le médecin traitant dans les délais les plus courts de la sortie prématurée du malade. Les modalités de la sortie sont consignées dans le dossier médical.

#### *Article 76 : Sortie disciplinaire*

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

#### *Article 77 : Sortie à l'insu du service*

Si un malade a quitté l'établissement sans prévenir, des recherches sont effectuées sur le périmètre hospitalier ; si ces recherches demeurent vaines et en accord avec la direction, la gendarmerie est prévenue si la situation l'exige sur le plan médical ou légal. Dans ces cas, la famille ou le représentant légal du malade sont également informés sans délai.

Un courrier est adressé au malade si possible à son domicile dans les délais les plus courts, pour l'informer des risques encourus pour sa santé et l'inciter à réintégrer le service ou à se faire soigner. Le médecin traitant est aussi informé de la sortie prématurée du patient. Les modalités de la sortie sont consignées dans le dossier médical.

## **G. Fin de vie et décès**

### *Article 78 : La fin de vie*

Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'un malade en fin de vie qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrégé sa vie, il doit en informer le patient, la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un des proches ; la procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.

Le patient n'est pas informé lorsqu'il a manifesté la volonté d'être tenu dans l'ignorance des éléments de son état de santé et en conséquence d'un pronostic le concernant. Lorsque le patient est en fin de vie, il est important que les soins visent à assurer son confort. Dans ce cadre, la volonté du patient doit être respectée autant que faire se peut et un soutien aux proches est proposé.

Tout soin disproportionné doit être évité et la réflexion collégiale doit être tracée. Des adaptations doivent être proposées pour faciliter la présence de l'entourage auprès du patient.

### *Article 79 : La notification du décès*

La famille ou les proches du malade sont prévenus du décès, médicalement constaté, dès que possible et par tous moyens, en fonction de leurs attentes. Cette information est communiquée à la famille ou aux proches du patient ou à la « personne à prévenir » désignée par ce dernier lors de son admission (cette personne ne correspond pas nécessairement à la « personne de confiance »).

La notification du décès est faite aux autres personnes ou autorités ayant en charge le patient se trouvant dans une situation spécifique en droit ou de fait et, pour les personnes non identifiées, aux services de police. Par ailleurs, l'autorité judiciaire est avisée immédiatement par le directeur prévenu par le médecin en cas de signes ou d'indices de mort violente d'un malade hospitalisé.

Le service d'Etat Civil de la mairie est informé dans le délai légal et suivant les modalités définies, après mention du décès sur le registre des décès de l'hôpital.

### *Article 80 : Toilette mortuaire – dépôt des objets – corps*

Lors du décès médicalement constaté, il est procédé à la toilette au sein du service, puis à l'habillage du défunt, selon les souhaits du défunt ou de la famille et conformément au protocole institutionnel.

En l'absence de dépôt, un inventaire contradictoire est réalisé en présence d'au moins un témoin. Les objets sont ensuite remis au Trésor public. Seul le Trésor Public peut restituer les biens déposés aux héritiers sur justification de leurs droits ; aucun de ces objets ne peut être remis directement par le personnel aux ayants droit ou aux proches du malade.

Le corps est ensuite déposé à la chambre mortuaire et il ne peut être transféré hors de l'établissement qu'avec les autorisations exigées par les lois et les règlements.

Dans la mesure où les circonstances le permettent, la famille a accès au défunt avant que le corps ne soit déposé dans la chambre mortuaire.

#### *Article 81 : Le libre choix de l'opérateur funéraire*

Après reconnaissance du corps, la famille organise les funérailles en s'adressant directement à l'opérateur funéraire de son choix auquel elle règle les frais de convoi et d'obsèques.

Une guide des formalités à accomplir est remis à la famille. Il peut leur être remis à la demande, la liste des opérateurs funéraires (régies, entreprises, associations) habilités, par agrément préfectoral.

Sont strictement interdites toutes pratiques d'offre de services ou de démarchage qui seraient effectuées au sein du site en prévision d'obsèques pour obtenir ou faire obtenir la commande de fournitures ou de prestations liées à un décès.

Il est également strictement interdit aux agents de l'hôpital de Houdan qui - à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions - ont connaissance d'un décès, de solliciter ou d'agréer, directement ou indirectement, des offres - promesses - dons - présents ou avantages - de n'importe quelle nature pour faire connaître le décès aux opérateurs funéraires ou pour recommander aux familles les services d'un de ces opérateurs.

#### *Article 82 : Admission du corps en chambre mortuaire avant mise en bière*

Les agents de l'établissement prennent en compte, si possible, après s'en être enquis auprès des familles, les souhaits exprimés au sujet des pratiques religieuses lors de la présentation du corps ou de la mise en bière. La présentation des corps au niveau de la chambre mortuaire s'effectue durant ses heures d'ouverture.

Le séjour dans la chambre mortuaire du corps d'une personne décédée à l'hôpital ne donne pas lieu à facturation dans la limite de 3 jours.

#### *Article 83 : Transport du corps sans mise en bière*

Tout transport sans mise en bière préalable n'est possible que dans le délai de 48 heures à compter du décès. Au terme de ce délai, le corps doit impérativement pouvoir être amené à destination.

Néanmoins, ces délais peuvent être rallongés sur autorisation préfectorale, uniquement si un motif légitime le justifie.

Sauf cas particulier, le départ du corps doit avoir lieu à partir de la chambre mortuaire de l'hôpital de Houdan au cours de ses plages horaires d'ouverture (8h00-12h00, 13h30-17h30 la semaine, sur rendez-vous ou sur appel des services les dimanches et jours fériés).

Un transport sans mise en bière peut s'effectuer à destination du domicile du défunt ou d'un membre de sa famille mais également vers une chambre funéraire.

Ces formalités peuvent être réalisées par la famille du défunt elle-même, ou par les pompes funèbres directement si les proches du défunt leur ont conféré ce pouvoir.

Si le transport doit être effectué dans une commune autre que celle du décès, celui-ci doit faire l'objet d'une déclaration préalable de transport au maire de la commune du lieu de dépôt initial.

En tout état de cause, ce transport est subordonné au certificat de décès. En effet, pour qu'il puisse avoir lieu, aucun obstacle ne doit avoir été signalé sur celui-ci par le médecin ayant examiné le corps.

#### *Article 84 : Transport du corps après mise en bière*

Le corps du défunt est mis en bière dans la chambre mortuaire de l'hôpital de Houdan avant son transport pour inhumation ou crémation. La fermeture du cercueil est autorisée par l'officier d'état civil de Houdan, sur production du certificat médical attestant de l'absence d'obstacle médico- légal. En cas de transport du corps hors de la commune de Houdan, ou en cas de crémation, la mise en bière est réalisée en présence policière.

Quelle que ce soit la destination, le transport du corps en cercueil doit avoir été déclaré au maire de la commune du lieu de fermeture du cercueil. Lorsque le corps doit être transporté hors du territoire métropolitain, le transport du corps est soumis à l'autorisation du Préfet du département.

#### *Article 85 : L'inhumation ou la crémation*

L'inhumation ou la crémation doit être réalisée entre 24 heures et 6 jours ouvrables après la survenue du décès. Ce délai peut être rallongé sur autorisation préfectorale, uniquement si un motif légitime le justifie, ou sur décision de justice.

Lorsque, dans un délai de 10 jours maximum le corps n'a pas été réclamé, c'est l'établissement qui fait procéder à l'inhumation dans les conditions financières compatibles avec l'avoir laissé par le défunt de son vivant.

## **H. Dispositions propres aux services d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), Unité de Soins de Longue Durée (USLD), Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), aux services externes Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et Accueil de jour**

#### *Article 86 : Libre choix de la personne*

La personne âgée en perte d'autonomie ou la personne en situation de handicap garde la liberté de choisir son mode de vie et l'établissement dans lequel elle séjourne. L'admission doit être préparée en liaison avec l'intéressé et sa famille et recevoir son accord. Préalablement à son admission, le résident doit être, ainsi que sa famille, pleinement éclairé sur les modes de fonctionnement de l'établissement et l'organisation des soins et notamment sur :

- Les conditions de séjour, s'agissant du confort hôtelier, de la prise en charge des soins et de la dépendance ;
- Le montant des frais relatifs au séjour, aux soins, à la dépendance et à l'hébergement, ainsi que les modalités de leur prise en charge éventuelle par les organismes de protection sociale et les collectivités départementales.

Nul ne peut être admis au sein des unités d'hébergement sans une information et un dialogue préalables, effectués si nécessaire en liaison avec les institutions ou services sociaux dont relève la personne.

#### *Article 87 : Modalités de l'admission*

L'hôpital de Houdan remet à chaque personne prise en charge ou à son représentant légal, lors de son admission, le règlement intérieur et un livret d'accueil auquel est annexée la charte des droits et libertés de la personne accueillie et la charte de la personne âgée dépendante.

Un contrat de séjour lui est également remis et précise les obligations respectives de chacun, notamment les prestations mises en œuvre, les conditions d'accueil et de séjour, et les conditions de participation financière. Y sont également stipulées les modalités de mise en place du projet de vie personnalisés, prévu dans les six mois qui suivent l'admission. Les conditions financières sont également expliquées oralement aux familles.

Le contrat de séjour et l'engagement de payer qui lui est annexé sont signés par la personne accueillie dès son entrée dans la structure d'hébergement. Les arrêtés tarifaires sont affichés dans les hall des services d'hébergement.

La charte des droits et libertés de la personne accueillie et de la personne âgée dépendante sont affichées dans les unités de soins.

#### *Article 88 : Information des personnes sur les conditions financières de l'hébergement*

Les résidents ou leur famille sont informés, préalablement à l'admission, y compris en cas de transfert, des conditions financières d'hébergement, par l'intermédiaire du contrat de séjour mais aussi par une information orale. L'engagement de payer qui est annexé au contrat de séjour est signé par la personne accueillie dès son entrée dans la structure d'hébergement.

#### *Article 89 : Respect des personnes*

La dignité, l'intimité et la vie privée du résident doivent être strictement respectées. Celui-ci a le droit, à tout moment, d'exprimer ses choix et ses souhaits.

#### *Article 90 : Projets de soins et projets de vie*

La direction, les médecins, les soignants et le service social mettent en œuvre un projet de soins et un projet de vie destinés à favoriser la prise en charge globale de la personne accueillie, en respectant avant toute chose sa dignité et son bien-être. L'élaboration du projet de soins est réalisée en équipes, en prenant en compte les besoins individuels du résident et notamment la prise en charge de la dépendance. Ce projet recherche le maintien ou l'amélioration du niveau d'autonomie durant l'hébergement et favorise les liens du résident avec ses proches et son environnement.

Le respect de la vie personnelle des résidents et de leur vie sociale au sein de l'établissement est un élément essentiel dans leur prise en charge. Leur participation doit être envisagée dans de multiples domaines.

Toutes les initiatives au sein de l'hôpital de Houdan tendant à l'animation et à l'amélioration du cadre de vie sont favorisées, qu'elles émanent des résidents, des familles, des personnels ou de personnes bénévoles extérieures à l'établissement. Il en va de même pour les propositions tendant à faciliter l'exercice de leur liberté d'aller et de venir. Ces initiatives sont coordonnées par l'hôpital de Houdan et s'articulent avec le projet de vie. Elles sont évaluées régulièrement. Des rencontres régulières entre les résidents, les soignants et les différents intervenants du projet de vie sont organisées.

#### *Article 91 : Relations avec les familles*

La coopération des familles à la qualité de la vie au sein des secteurs d'hébergement de l'hôpital de Houdan est encouragée et facilitée. L'équipe soignante veille à ce que les proches ou les visiteurs se sentent partie prenante à la vie de l'unité, et aux activités d'animation auxquelles ils souhaitent participer.

Chaque fois que les conditions le permettent, les proches sont invités par l'équipe soignante à participer activement au soutien du résident : présence pendant la nuit (après une intervention chirurgicale ou en fin de vie), présence pendant les repas (en l'absence de soins spécifiques), autorisation de sortie.

#### *Article 92 : Protection des personnes vulnérables*

L'établissement est garant de la protection du résident en situation de vulnérabilité, que celle-ci résulte de l'altération de ses facultés mentales ou de toute autre forme de dépendance.

#### *Article 93 : Déroulement des soins*

Le déroulement et la nature des soins et des examens entrepris font, dans toute la mesure du possible, l'objet d'explications compréhensibles.

#### *Article 94 : Liberté des résidents et règles de vie*

Pendant leur séjour, les personnes accueillies doivent bénéficier de toutes les libertés compatibles avec les exigences de la vie collective et de leur état cognitif. Ils doivent respecter la tranquillité de leurs voisins et ne créer aucun désordre à l'intérieur de l'établissement.

#### *Article 95 : Biens, objets de valeur et espèces*

L'argent du résident est sa propriété personnelle et exclusive. La souplesse qui lui est laissée dans sa gestion constitue un aspect important de sa liberté et de son autonomie.

Aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les résidents ou leur famille à titre de gratification.

La direction décline toute responsabilité en cas de vol ou de perte d'effets personnels.

Toute personne hébergée est invitée, lors de son entrée, à effectuer si elle le souhaite le dépôt des sommes d'argent, des titres et valeurs mobilières, des moyens de règlement ou des objets de valeur entre les mains du comptable public ou d'un régisseur désigné à cet effet. L'établissement est alors responsable de plein droit du vol, de la perte ou de la détérioration des objets déposés.

#### *Article 96 : Assurance*

Les résidents séjournant à titre définitif au sein du secteur d'hébergement sont tenus de souscrire une assurance responsabilité civile et dommages accidents. Le résident peut également souscrire une assurance portant sur les objets et biens personnels. Si l'établissement en fait la demande, le résident doit être en mesure de présenter une attestation.



### *Article 97 : Personnalisation des chambres*

La personnalisation des chambres est possible pour les résidents : apports de petits mobiliers, tableaux, etc... Un inventaire de ces objets personnels est effectué dès leur arrivée.

Toutefois, l'installation de ces objets ne doit pas engendrer de gêne lors de la réalisation des soins et de l'entretien de la chambre, ni constituer un obstacle à la sécurité des locaux. Elle doit notamment être conforme aux normes de sécurité anti-incendie.

### *Article 98 : Sortie volontaire*

Sauf en cas de nécessité médicale, les résidents peuvent mettre fin à leur séjour à tout moment, sur leur demande.

Le cas échéant, le résident ou sa famille adresse une lettre recommandée avec accusé de réception au Directeur de l'établissement, mentionnant un préavis d'un mois précédant son départ.

### *Article 99 : Conseil de vie sociale (CVS)*

Le Conseil de vie sociale donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'EHPAD, de l'USLD, de la MAS, ccueil de jour et du SSIAD, le cas échéant, notamment sur :

- L'organisation intérieure et la vie quotidienne ;
- Les activités, l'animation socioculturelle et les services thérapeutiques ;
- Les projets de travaux et d'équipements ;
- La nature et les prix des services rendus ;
- L'affectation des locaux collectifs et l'entretien des locaux ;
- L'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre les participants
- Les modifications substantielles touchant aux conditions de prise en charge.

Les membres du Conseil de vie sociale sont élus pour une durée de trois ans au plus, renouvelable. Les avis et propositions du Conseil de vie sociale sont transmis, après adoption par ses membres, au Conseil de Surveillance de l'établissement. Le Conseil de vie sociale doit être informé de la suite donnée aux avis et propositions qu'il a émis.

Le Conseil de la vie sociale se compose de :

- Deux représentants des personnes accueillies et deux suppléants ;
- Deux représentants des familles ou des représentants légaux, et deux suppléants ;
- Deux représentants du personnel et deux suppléants ;
- Un représentant de l'organisme gestionnaire, avec voix consultative.

Le Président du CVS est élu par et parmi les membres représentant les personnes accueillies. Le CVS se réunit au moins trois fois par an, sur convocation du Président qui fixe l'ordre du jour des séances.

## **I. Dispositions concernant les majeurs protégés**

### *Article 100 : Consentement aux soins du majeur protégé*

Les droits des majeurs sous tutelle en matière d'information sont exercés par le tuteur. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant d'une manière adaptée à leur faculté de discernement. Le mandataire,

curateur ou tuteur a pour mission de protéger le majeur y compris dans le cadre du consentement aux soins.

Le consentement des majeurs sous tutelle doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision

Les personnels hospitaliers peuvent demander le jugement prenant la mesure de protection au majeur protégé ou au mandataire judiciaire à la protection des majeurs, à la famille du majeur ou au greffe du Tribunal d'Instance du lieu de résidence.

## **Chapitre 4 : Dispositions relatives au dossier patient**

### *Article 101 : Conservation du dossier médical*

Lors de l'admission et durant le séjour du patient à l'hôpital de Houdan, des informations nominatives le concernant sont recueillies par le personnel. Ces informations font la plupart du temps l'objet d'un traitement informatique.

L'hôpital applique les dispositions réglementaires concernant la conservation sur support informatique des informations médicales et leur transmission par voie électronique entre professionnels en vue de garantir leur confidentialité. L'hôpital de Houdan, en mettant en œuvre ces traitements, fait en sorte de ne porter atteinte ni à la vie privée, ni aux libertés publiques et individuelles.

La Commission Nationale Informatique et Libertés est l'organisme officiel chargé de faire respecter les dispositions légales. L'hôpital de Houdan déclare à la CNIL tout traitement informatique spécifique mis en œuvre au sein de l'hôpital et gérant des données avant d'en réaliser l'exploitation. Pour tout renseignement à ce sujet, les patients peuvent s'adresser à la direction

### *Article 102 : Traitement informatique des informations nominatives*

L'hôpital de Houdan informe le patient que l'établissement recueille des informations nominatives le concernant sur support informatique, et que celles-ci pourront être utilisées dans le cadre de la continuité des soins ou de la recherche, ou encore de façon anonyme pour l'analyse de l'activité de l'établissement. L'information porte notamment sur les destinataires des informations au sein de l'établissement, et sur l'existence d'un droit d'accès pour chaque patient.

Cette information peut être réalisée de façon collective dans les services.

L'établissement veille à la sécurité matérielle et technique du traitement et de la conservation de ces informations, et assure la confidentialité des données à caractère personnel.

Ainsi, les mesures prises sont adaptées à la nature des données et aux risques présentés par le traitement informatique de ces informations.

De plus, seules les personnes autorisées peuvent accéder aux données personnelles contenues dans un fichier.

### *Article 103 : Le droit d'accès et de rectification des informations à caractère personnel*

Toute personne justifiant de son identité a le droit d'interroger les services et organismes chargés de mettre en œuvre les traitements automatisés, afin de savoir si ceux-ci contiennent des informations nominatives la concernant.

Ce droit d'accès, lorsqu'il s'applique à des données à caractère personnel, peut se faire par la personne concernée, ou par l'intermédiaire du médecin désigné à cet effet.

Toute personne hospitalisée bénéficie d'un droit d'accès aux informations la concernant. Celle-ci peut permettre une rectification et un complément d'information.

### *Article 104 : Communication du dossier médical*

S'agissant des informations concernant sa santé et détenues par l'établissement dans son dossier médical, le patient peut y accéder soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin de son choix, et en obtenir communication dans les conditions fixées réglementairement. A cet effet, il doit adresser une demande écrite auprès de la Direction de l'établissement, accompagnée d'un justificatif d'identité.

L'hôpital de Houdan met à la disposition du patient les informations demandées dans un délai de 48 heures à 8 jours à compter de sa demande. Ce délai est porté à deux mois si les informations médicales sollicitées datent de plus de cinq ans. La consultation peut s'effectuer sur place gratuitement.

Le médecin concerné peut recommander la présence d'une tierce personne, mais le patient peut refuser cet accompagnement.

En cas de demande de remise ou d'envoi de copies, les frais à la charge du demandeur correspondent au coût de reproduction, et d'expédition s'il y a lieu.

Le dossier médical peut être communiqué, sous certaines conditions, à un expert dans le cadre d'une procédure judiciaire et peut être saisi par les autorités judiciaires en cas de procédure pénale.

En cas de décès, le dossier peut être communiqué aux ayants droits souhaitant y avoir accès. Les ayants droits doivent motiver leur demande étant précisé que l'objectif invoqué doit s'inscrire dans l'une des trois catégories suivantes : connaître les causes de la mort, faire valoir un droit, défendre la mémoire du défunt. Toutefois, à la différence du patient lui-même, le droit d'accès de l'ayant droit est limité aux informations nécessaires à la réalisation de l'objectif poursuivi. L'établissement s'assure que le patient décédé ne s'était pas opposé à la communication du dossier médical de son vivant.

### *Article 105 : Communication des résultats d'examens et d'analyses des patients hospitalisés et des consultants externes*

Les résultats d'examens et les clichés d'imagerie médicale font partie des éléments constitutifs du dossier médical.

Dans le respect des dispositions précédentes, il est délivré au malade qui en fait la demande, des reproductions des clichés essentiels figurant dans son dossier médical. En cas de nécessité, les clichés originaux peuvent être transmis en communication au médecin traitant.

Les résultats des prélèvements en vue d'analyses biologiques effectués dans les unités de soins sont adressés directement aux médecins hospitaliers. Les patients qui le souhaitent peuvent désigner tout médecin de leur choix qui recevra copie des résultats.

## **Chapitre 5 : Dispositions relatives aux démarchages et à la promotion de médicaments**

### *Article 106 : Dispositions générales*

La « Charte de l'information par démarchage ou prospection visant à la promotion de médicaments » du 15 octobre 2014, signée entre Les entreprises du médicament (Leem) et le Comité économique des produits de santé (CEPS) encadre le démarchage et de la promotion de médicaments par des intervenants extérieurs au sein de l'établissement.

Toute activité de promotion consiste à délivrer une information médicale de qualité sur le médicament présentée dans le strict respect de l'AMM et à en assurer le bon usage auprès des professionnels de santé. Lorsque le médicament fait l'objet d'une réévaluation du rapport bénéfice/risque à la suite d'un signalement de pharmacovigilance, toute information par démarchage ou prospection est ainsi interdite jusqu'à l'issue de cette procédure.

### *Article 107 : Qualité de l'information délivrée sur le médicament*

L'activité d'information par démarchage ou prospection implique d'informer les professionnels de santé sur tous les aspects réglementaires, pharmaco-thérapeutiques et médico-économiques relatifs au médicament présenté.

Les documents présentés doivent notamment comporter la date à laquelle les informations ont été produites ou mises à jour. Elles doivent comporter un visa de l'ANSM en cours de validité.

### *Article 108 : Déontologie du démarcheur au sein de l'établissement*

La personne exerçant une activité d'information par démarchage ou prospection ne doit pas utiliser d'incitations pour obtenir un droit de visite ni offrir à cette fin aucune rémunération ou dédommagement. Elle s'attache à ne pas perturber le bon fonctionnement de l'établissement et devra porter un badge professionnel de visite.

L'accès aux structures à accès restreint (blocs opératoires, secteurs stériles, réanimation...) est interdit sans accord préalable, à chaque visite, des responsables des structures concernées.

La rencontre fait l'objet d'une organisation et d'un accord préalable du cadre responsable ou du cadre de la structure.

### *Article 109 : Remise d'échantillons et cadeaux*

La remise d'échantillons de spécialités pharmaceutiques par les personnes exerçant une activité d'information par démarchage ou prospection est interdite. Les échantillons de dispositifs médicaux peuvent, toutefois, être utilisés pour la démonstration sous réserve des dispositions du chapitre III du titre 1er du livre II de la 5<sup>e</sup> partie du code de la santé publique.

La personne intervenant dans l'établissement ne doit ni proposer aux professionnels de santé de cadeaux en nature ou en espèces faisant ou non l'objet d'une convention, ni répondre à d'éventuelles sollicitations dans ce domaine.

## Chapitre 6 : Dispositions relatives aux personnels

### A. Principe fondamentaux liés au respect du patient

#### *Article 110 : Identification des personnels*

Afin de se faire connaître aux patients et à leurs familles et sauf exceptions décidées par le directeur, les personnels de l'hôpital en contact avec les patients/résidents ou le public portent des tenues fournies par l'établissement, adaptées à leurs emplois et secteurs d'activité. Tout professionnel de l'établissement doit être identifié pendant l'exécution de son service, par son nom, son prénom et sa qualité (badge ou étiquette sur la tenue professionnelle).

Ces dispositions s'appliquent également aux personnels des associations visées dans le présent règlement ainsi qu'aux prestataires externes.

#### *Article 111 : Demandes d'informations*

Les personnels hospitaliers répondent aux demandes d'information des usagers dans le respect de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 et des règles énoncées dans les deux rubriques suivantes.

#### *Article 112 : Secret professionnel*

Institué dans l'intérêt des patients, qui ont droit au respect de leur vie privée et du secret des informations les concernant, le secret professionnel s'impose à tous, en toutes circonstances, étant précisé que les informations concernant une personne prise en charge par une équipe de soins dans un établissement hospitalier sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

La violation du secret professionnel est passible de sanctions non seulement disciplinaires mais aussi pénales. Néanmoins, le secret professionnel ne s'applique pas dans les cas de révélation obligatoire prévus par les lois et règlements.

Le médecin, ainsi que tout personnel hospitalier, peut s'affranchir de son obligation de secret dans les deux cas suivants :

- Pour informer les autorités judiciaires, médicales ou administratives, de sévices ou privations infligés à un mineur de moins de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ;
- Pour porter à la connaissance du Procureur de la République et en accord avec la victime, les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles ont été commises. S'il estime ne pas devoir révéler des sévices ou privations dont il a eu connaissance, le médecin doit alors prendre toute mesure pour en limiter les effets et en empêcher le renouvellement. En leur qualité d'autorité constituée, les cadres de direction et les médecins chefs de service - à charge pour ces derniers d'en informer le directeur - doivent porter à la connaissance des autorités judiciaires les crimes et délits dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions.

### *Article 113 : Obligation de discrétion professionnelle*

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les agents hospitaliers sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle sur tous les faits et informations dont ils ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions. Le secret couvre tout ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris. 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 de discrétion professionnelle que par décision expresse de la direction. Ces dispositions s'appliquent notamment à l'égard des journalistes, agents d'assurance et démarcheurs.

### *Article 114 : Neutralité, non-discrimination, principe de laïcité et devoir de réserve*

Tout agent doit observer, dans l'expression de ses sentiments et de ses pensées, une réserve compatible avec l'exercice de ses fonctions. Il est tenu, dans l'exécution de son service, au devoir de stricte neutralité qui s'impose à tout agent collaborant au service public. Il doit s'abstenir de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou déplacés, susceptibles d'importuner ou de choquer les patients, les visiteurs et les autres agents du site.

La liberté de conscience et d'opinion est rigoureusement respectée. Le principe de laïcité de l'Etat et de ses démembrements et celui de la neutralité des services publics font obstacle à ce que les agents disposent, dans l'exercice de leurs fonctions, du droit de manifester leurs croyances religieuses, notamment par une extériorisation vestimentaire ou tout autre signe ostentatoires. Ce principe vise à protéger les usagers du service de tout risque d'influence ou d'atteinte à leur propre liberté de conscience, d'autant plus dans un service public dont les usagers sont dans un état de fragilité ou de dépendance.

Le droit syndical des personnels de l'hôpital s'exerce conformément à la réglementation en vigueur en tenant compte des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis des usagers.

## **B. Bonne conduite professionnelle**

### *Article 115 : Assiduité et ponctualité*

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 hospitalier ; il respecte ses horaires de travail établis en application des dispositions fixées au niveau national, des accords locaux Gestion du Temps de Travail, et fixés par tableaux de services.

### *Article 116 : L'exigence d'une tenue correcte*

La tenue est un élément du respect dû aux patients. Une tenue correcte, tant dans l'habillement que dans le langage, est exigée de l'ensemble des personnes travaillant à l'hôpital. La familiarité à l'égard des patients est formellement proscrite.

#### *Article 117 : Utilisation du téléphone portable*

Les téléphones portables ainsi que tous les supports informatiques de communication sont à utiliser avec modération et discrétion.

L'hôpital de Houdan décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol de téléphones portables et des supports informatiques.

Il est interdit de photographier, filmer ou d'enregistrer du son au sein de l'établissement à l'exception de captures strictement personnelles. Les personnes doivent veiller à ne pas inclure d'autres personnes de manière reconnaissable (patients, visiteurs, personnels). La diffusion de toute information, son ou image impliquant l'hôpital sur les réseaux sociaux et autres médias n'est pas autorisée. En cas de non-respect l'hôpital de Houdan donnera des suites pour atteinte à la vie privée ou à l'image de l'hôpital.

#### *Article 118 : Interdiction d'introduire, de distribuer et de consommer de l'alcool ou des produits stupéfiants.*

Il est interdit à toute personne d'introduire, de distribuer et de consommer des boissons alcoolisées dans l'établissement.

Des contrôles peuvent être effectués à l'aide d'éthylotests réalisés par des personnes habilitées par la direction dont la liste est transmise au CHSCT pour information. Ce contrôle a pour but de faire cesser une situation dangereuse et un état incompatible avec la sécurité pour l'agent ou pour autrui. Dans le cas d'un résultat positif, l'agent s'expose à des sanctions.

La consommation de produits stupéfiants est également formellement interdite et passible de sanction.

#### *Article 119 : Témoignage en justice*

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.

Si l'agent est simple témoin, il est reçu à la direction pour préparer son audition, et un accompagnement psychologique via le réseau de prévention et d'accompagnement au travail lui est proposé.

Si l'agent est suspect, il pourra, en plus de cet accompagnement psychologique, bénéficier de la protection juridique, afin d'être assisté par un avocat.

En tout état de cause, l'agent peut demander à se faire accompagner lors de son audition par un membre de l'encadrement de son service, jusqu'à la porte de la salle d'audition.

Les week-ends et les jours fériés, l'agent pourra demander à se faire accompagner lors de son audition par le directeur de garde.

### **C. Droits et obligations**

#### *Article 120 : Le droit à la liberté d'expression*

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

### *Article 121 : Le droit syndical*

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

### *Article 122 : Le droit de grève*

Les fonctionnaires exercent le droit de grève dans le cadre des lois qui le réglementent. Un service minimum doit obligatoirement être assuré au sein de l'hôpital de Houdan.

### *Article 123 : La protection contre le harcèlement*

Conformément à la loi de modernisation sociale du 12 janvier 2002 réactualisée, et à la circulaire du 4 mars 2014 relative à la lutte contre le harcèlement dans la fonction publique, la carrière du fonctionnaire ne pourra en aucune manière être affectée en raison de la circonstance qu'il aura subi ou refusé de subir des agissements de toute personne qui, abusant de son autorité, aura tenté d'obtenir des faveurs à caractère sexuel. Les fonctionnaires qui auront relaté ou témoigné sont également protégés. Aucun fonctionnaire ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel.

### *Article 124 : La protection des personnels dans l'exercice de leurs fonctions*

Lorsqu'un agent de l'hôpital est victime d'une agression ou d'un acte de violence grave sur son lieu de travail, il a droit à un soutien psychologique, social, et juridique.

S'il le souhaite, l'agent pourra aller porter plainte, accompagné du directeur ou d'un cadre, et muni d'une copie du signalement et du certificat d'incapacité temporaire de travail s'il a été établi.

Si les faits se sont déroulés le week-end ou la nuit, l'agent en informe le directeur de garde, lequel peut l'accompagner au commissariat.

Pour tous les actes de procédure, le professionnel victime d'une agression se domicilie à l'hôpital de Houdan.

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

### *Article 125 : L'obligation de désintéressement*

Les personnels de l'hôpital ne peuvent prendre, par eux-mêmes ou par personnes interposées, des intérêts dans une entreprise en relation avec l'hôpital de Houdan 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 risque de conflit d'intérêts, dès lors qu'ils participent au sein de l'hôpital à des activités susceptibles de les mettre en relation directe ou indirecte avec cette entreprise ou s'ils sont impliqués dans la mise en œuvre d'une procédure d'achat dans le secteur d'activité de cette entreprise. Sont applicables dans ce domaine des sanctions non seulement disciplinaires mais pénales.



#### *Article 126 : Le cumul d'emplois et d'activités*

Les personnels de l'hôpital de Houdan (titulaires ou stagiaires) sont tenus de se consacrer à leur fonction. Il leur est interdit d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative, de quelque nature qu'elle soit, même à temps partiel. Pour les personnels médicaux et non médicaux, il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions générales prévues par la réglementation générale sur les cumuls d'emplois ou de rémunération (notamment missions d'enseignement, d'expertise, production d'œuvres scientifiques, littéraires ou artistiques). Les personnels concernés doivent en informer au préalable la direction.

Selon leur statut, certains praticiens hospitaliers peuvent avoir une activité libérale, hors de l'hôpital de Houdan. Les praticiens contractuels employés à temps plein s'engagent à consacrer la totalité de leur activité professionnelle au service de l'établissement.

Les praticiens contractuels employés à temps partiel peuvent, à condition d'en avoir informé la Direction, exercer une activité rémunérée en dehors du service effectué à l'hôpital de Houdan.

#### *Article 127 : L'interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèce*

Il est interdit aux personnels l'hôpital de Houdan 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 patients ou de leurs familles aucune rémunération ni pourboire lié à l'exécution de leur service.

#### *Article 128 : L'obligation de déposer les biens confiés par les patients ou trouvés dans l'établissement*

Aucun agent hospitalier ne doit conserver par-devers lui des objets, documents ou valeurs qui lui serait confiés exceptionnellement par des patients. Ces biens sont déposés sans délai auprès du service des admissions de l'établissement. Tout bien découvert ou trouvé au sein de l'hôpital est directement remis au cadre du service, pour en organiser la conservation et en assurer la restitution.

#### *Article 129 : Le lien hiérarchique : exécution des instructions reçues*

Tout agent de l'hôpital de Houdan, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il a l'obligation de se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public. Il n'est dégagé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés. En cas d'empêchement d'un agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, aucun autre agent ayant reçu l'ordre d'exécuter ce travail ne peut s'y soustraire pour le motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade. L'application de cette disposition ne peut toutefois aller à l'encontre des règles d'exercice des professions réglementées.

#### *Article 130 : Le lien hiérarchique : information du supérieur*

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 connaissance à l'occasion de son service. De même, tout agent amené

à conduire un véhicule de l'administration dans le cadre de ses fonctions doit obligatoirement et immédiatement informer son supérieur hiérarchique de toute mesure de suspension ou d'annulation du permis de conduire dont il peut être l'objet.

## **D. Conditions d'hygiène, de sécurité et de bon usage des biens**

### *Article 131 : Respect des règles d'hygiène et de sécurité*

Les personnels de l'hôpital 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 patients les tenues fournies par l'établissement et respecter l'interdiction de fumer. Ils ont l'obligation de participer aux mesures 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 (visite médicale périodique, 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.

Il est interdit à toute personne d'introduire, de distribuer et de consommer des boissons alcoolisées dans l'établissement. Ce contrôle a pour but de faire cesser une situation dangereuse et un état incompatible avec la sécurité pour l'agent ou pour autrui. Des contrôles peuvent être effectués à l'aide d'éthylotests. Dans le cas d'un résultat positif, l'agent s'expose à des sanctions. La consommation de produits stupéfiants est également formellement interdit et passible de sanction disciplinaire.

La tenue et le comportement du personnel doivent être irréprochables. Un langage respectueux envers les patients est exigé. L'absence de couvre-chef pendant les heures de service constitue une marque de correction vis-à-vis des patients, des visiteurs et du personnel qui doit être respectée par les personnels et par l'ensemble des stagiaires. Cette règle connaît quelques exceptions, notamment pour les activités pour lesquelles un couvre-chef est imposé par la réglementation ou recommandé par l'équipe opérationnelle d'hygiène. La tenue de service est obligatoire. Elle est spécifique au travail hospitalier et ne doit jamais être emportée au domicile. Les agents doivent suivre les règles d'hygiène des mains et le port de faux ongles est strictement interdit. Il est interdit de porter des bijoux aux mains et aux poignets y compris les alliances et les montres. D'une façon générale, le personnel est soumis au respect des protocoles d'hygiène en vigueur dans l'établissement.

### *Article 132 : Obligation de signalement des incidents liés à l'utilisation des produits et biens de santé*

Tout agent qui a connaissance d'un effet indésirable grave ou inattendu, d'un incident ou d'un risque d'incident lié à l'utilisation d'un médicament, d'un produit sanguin labile ou d'un dispositif médical 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 selon les procédures définies et, en l'absence de toute autre procédure de signalement spécifique à l'événement déclaré, à la direction.

### *Article 133 : Le bon usage des biens de l'établissement*

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 l'hôpital de Houdan. L'hôpital peut exiger un remboursement en cas de dégradation volontaire ou d'incurie caractérisée. Les demandes d'indemnisation seront systématiques pour les détériorations de matériel informatique, téléphones portables ou DECT et des portes coupe-feu.

Les personnels de l'établissement doivent se conformer à la charte d'usage encadrant l'utilisation des ressources informatiques (cf. annexe charte d'usage des technologies numériques)

Il est strictement interdit aux membres du personnel d'utiliser les biens de l'établissement à des fins personnelles.

## **Chapitre 7 : Procédures d'application du présent Règlement Intérieur**

### *Article 134 : Procédure d'adoption*

Après concertation avec le directoire, le directeur arrête le règlement intérieur de l'établissement.

Le Conseil de Surveillance, la Commission Médicale d'Etablissement, le Comité Technique d'Etablissement donnent un avis sur le règlement intérieur.

La Commission de Soins Infirmiers de Rééducation et médicotechniques est informée de l'adoption du règlement intérieur.

### *Article 135 : Procédure de mise à jour*

Les modifications apportées au règlement intérieur sont adoptées dans les mêmes formes et selon, la même procédure que celle décrite à l'article précédent.

## Chapitre 8 : Annexes

- Charte de la personne hospitalisée
- Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance
- Charte droits et libertés de la personne accueillie
- Charte Romain Jacob
- Charte de la laïcité dans les services publics
- Charte d'usage des technologies numériques

# Usagers, vos droits

## Charte de la personne hospitalisée

### Principes généraux\*

circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée



Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.



Les établissements de santé garantissent **la qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.



L'**information** donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.



Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec **le consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.



**Un consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.



Une personne à qui il est proposé de participer à **une recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.



La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.



**La personne hospitalisée est traitée avec égards**. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.



Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.



La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'**un accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.



La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

\* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet :

[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

# CHARTRE DES DROITS ET LIBERTES DE LA PERSONNE AGEE EN SITUATION DE HANDICAP OU DE DEPENDANCE

*Cette charte a pour objectif de reconnaître la dignité de la personne âgée devenue dépendante et de préserver ses droits.*

## 1. Choix de vie

Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.

## 2. Cadre de vie

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins.

## 3. Vie sociale et culturelle

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.

## 4. Présence et rôle des proches

Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

## 5. Patrimoine et revenus

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

## 6. Valorisation de l'activité

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.

## 7. Liberté d'expression et liberté de conscience

Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.

## 8. Préservation de l'autonomie

La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit.

## 9. Accès aux soins et à la compensation des handicaps

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.

## 10. Qualification des intervenants

Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.

### **11. Respect de la fin de vie**

Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

### **12. La recherche : une priorité et un devoir**

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.

### **13. Exercice des droits et protection juridique de la personne vulnérable**

Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne.

### **14. L'information**

L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion.



# Charte de la personne accueillie

## Principes généraux\*

Arrêté du 8 septembre 2003



### Principe de non-discrimination

Nul ne peut faire l'objet d'une discrimination, quelle qu'elle soit, lors de la prise en charge ou de l'accompagnement.



### Droit à une prise en charge ou à un accompagnement

L'accompagnement qui vous est proposé est individualisé et le plus adapté possible à vos besoins.



### Droit à l'information

Les résidents ont accès à toute information ou document relatifs à leur accompagnement, dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation.



### Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne

- Vous disposez du libre choix entre les prestations adaptées qui vous sont offertes.
- Votre consentement éclairé est recherché en vous informant, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à votre compréhension.
- Le droit à votre participation directe, à la conception et à la mise en œuvre de votre projet individualisé vous est garanti.



### Droit à la renonciation

Vous pouvez à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont vous bénéficiez et quitter l'établissement.



### Droit au respect des liens familiaux

La prise en charge ou l'accompagnement favorisent le maintien des liens familiaux, dans le respect des souhaits de la personne.



### Droit à la protection

Le respect de la confidentialité des informations vous concernant est garanti dans le cadre des lois existantes. Il vous est également garanti le droit à la protection, à la sécurité, à la santé et aux soins.



### Droit à l'autonomie

Dans les limites définies dans le cadre de la prise en charge ou de l'accompagnement, il vous est garanti de pouvoir circuler librement, ainsi que de conserver des biens, effets et objets personnels et de disposer de votre patrimoine et de vos revenus.



### Principe de prévention et de soutien

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect de vos convictions.



### Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie

L'exercice effectif de la totalité de vos droits civiques et de vos libertés individuelles est facilité par l'établissement.



### Droit à la pratique religieuse

Les personnels et les résidents s'obligent au respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal de l'établissement.



### Respect de la dignité de la personne et de son intimité

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti.



## CHARTER ROMAIN JACOB

*Cette charte a pour objectif de garantir l'accès au droit commun des personnes en situation de handicap notamment concernant l'accès aux soins.*



*Le document intégral de la charte Romain Jacob est accessible sur le site Internet [www.handidactique.org/](http://www.handidactique.org/)*

*Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du secrétariat de direction 01.30.46.18.02*

# CHARTRE DE LA LAÏCITE DANS LES SERVICES PUBLICS

La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale.

Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. Elle garantit des droits égaux aux hommes et aux femmes et respecte toutes les croyances. Nul ne doit être inquiété pour ses opinions, notamment religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public établi par la loi. La liberté de religion ou de conviction ne rencontre que des limites nécessaires au respect du pluralisme religieux, à la protection des droits et libertés d'autrui, aux impératifs de l'ordre public et au maintien de la paix civile. La République assure la liberté de conscience et garantit le libre exercice des cultes dans les conditions fixées par la loi du 9 décembre 1905.

## des agents du service public

Tout agent public a un **devoir de stricte neutralité**. Il doit traiter également toutes les personnes et respecter leur liberté de conscience.

Le fait pour un agent public de **manifester ses convictions religieuses** dans l'exercice de ses fonctions **constitue un manquement à ses obligations**.

Il appartient aux responsables des services publics de **faire respecter l'application du principe de laïcité** dans l'enceinte de ces services.

**La liberté de conscience est garantie aux agents publics**. Ils bénéficient d'autorisations d'absence pour participer à une fête religieuse dès lors qu'elles sont compatibles avec les nécessités du fonctionnement normal du service.

## des usagers du service public

Tous les usagers sont **égaux** devant le service public.

Les usagers des services publics ont le **droit d'exprimer leurs convictions religieuses dans les limites du respect de la neutralité du service public**, de son bon fonctionnement et des impératifs d'ordre public, de sécurité, de santé et d'hygiène.

Les usagers des services publics doivent **s'abstenir de toute forme de prosélytisme**.

Les usagers des services publics **ne peuvent récuser un agent public ou d'autres usagers**, ni exiger une adaptation du fonctionnement du service public ou d'un équipement public. Cependant, le service s'efforce de prendre en considération les convictions de ses usagers dans le respect des règles auquel il est soumis et de son bon fonctionnement

Lorsque la vérification de l'identité est nécessaire, les usagers doivent **se conformer aux obligations** qui en découlent.

Les usagers accueillis à temps complet dans un service public, notamment au sein d'établissements médico-sociaux, hospitaliers ou pénitentiaires ont **droit au respect de leurs croyances et de participer à l'exercice de leur culte**, sous réserve des contraintes découlant des nécessités du bon fonctionnement du service.

# CHARTRE D'USAGE DES TECHNOLOGIES NUMERIQUES

AUTEUR(S)		
Fonction	Nom	Date
RSSI GHT	Antoine TOUTAIN	30/04/2020
RELECTEUR(S)		
Fonction	Nom	Date
Coordinatrice des soins	Fabienne CAMUS	03/12/2021
PCME	Kamil SALAMA	06/12/2021
RRH	Vanessa Pinault	06/12/2021
VALIDATION		
Fonction	Nom	Date
CME	Dr Kamil SALAMA	06/12/2021
CTE	Mme Elisabeth CALMON	07/12/2021
CHSCT	Mme Elisabeth CALMON	15/12/2021
DG	Pour la Directrice et par délégation Directrice adjointe déléguée à la direction de Houdan  Mme Christine PAUMARD	16/12/2021

---

1. OBJET .....	1
2. Cadre réglementaire .....	1
3. CHAMP D'APPLICATION DE LA CHARTE .....	2
4. DEFINITIONS.....	2
5. MISSION DE SECURITE.....	3
5.1. Enjeu technique et organisationnel .....	3
5.2. Gestion de risque.....	3
5.3. Règles de sécurité .....	4
5.4. Confidentialité de l'information et obligation de discrétion .....	4
5.5. Protection de l'information.....	5
6. USAGE DES RESSOURCES INFORMATIQUES.....	5
6.1. Usage des outils de communication.....	6
6.1.1. Usage d'Internet.....	6
6.1.2. Usage de la messagerie.....	7
6.2. Usage des login et des mots de passe (ou cartes CPS ou équivalent).....	8
6.3. Usage des Matériels et des espaces de stockage.....	9
6.4. Usage du système d'information à distance .....	10
7. PROPRIETE INTELECTUELLE.....	11
8. PROTECTION DE L'IMAGE DE L'ETABLISSEMENT .....	11
9. DISPOSITIONS EN CAS D'ABSENCE D'UN SALARIE.....	11
10. CONTROLE.....	12
10.TRACABILITE .....	12
11.ALERTES .....	12
12.RESPONSABILITES ET SANCTIONS .....	13
13.PREUVE.....	13
14.CONCLUSION.....	13
15.TEXTES DE REFERENCE.....	14

## 1. OBJET

---

La présente Charte a pour objet de décrire les règles d'accès et d'utilisation des ressources informatiques, des services Internet et des technologies numériques de l'établissement. Elle rappelle aux utilisateurs les droits et les responsabilités qui leur incombent dans l'utilisation des systèmes et technologies.

Elle pose des règles permettant d'assurer la sécurité et la performance du système d'information et des technologies numériques de l'établissement, de préserver la confidentialité des données dans le respect de la réglementation en vigueur et des droits et libertés reconnus aux utilisateurs, conformément à la politique de sécurité du système d'information définie par l'établissement.

Cette Charte a été validée par la Direction de l'établissement et a été préalablement, présentée au Directoire, à la Commission Médicale d'Etablissement et au Comité Technique d'Etablissement. Elle constitue une annexe au Règlement Intérieur de l'établissement. Les membres du personnel et les personnels extérieurs sont invités à en prendre connaissance. La Charte est mise à leur disposition sur l'Intranet et affichée dans les locaux de l'établissement de santé.

## 2. Cadre réglementaire

---

Le cadre réglementaire de la sécurité de l'information est complexe. Il porte sur les grands thèmes suivants :

- Le traitement numérique des données, et plus précisément :
  - Le traitement de données à caractère personnel et le respect de la vie privée ;
  - Le traitement de données personnelles de santé ;
- 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 médical ;
- La signature électronique des documents ;
- Le secret des correspondances ;
- La lutte contre la cybercriminalité ;
- La protection des logiciels et des bases de données et le droit d'auteur.

La présente Charte d'accès et d'usage du système d'information tient compte de la réglementation sur la sécurité de l'information en vigueur et des droits et libertés reconnus aux utilisateurs.

### 3. CHAMP D'APPLICATION DE LA CHARTE

---

Cette charte s'applique à l'ensemble des établissements de santé du Groupement Hospitalier de Territoire Yvelines Sud (GHT 78 Sud)

Toute référence à la notion d'établissement dans ce document doit être interprétée en tant qu'établissement du GHT 78 Sud.

La présente Charte concerne les ressources informatiques, les services internet et téléphoniques et les technologies numériques utilisés au sein de l'établissement, ainsi que tout moyen de connexion à distance permettant d'accéder aux services de communication ou de traitement électronique interne ou externe.

Les ressources informatiques sont principalement composées des éléments suivants :

- Ordinateurs de bureau
- Ordinateurs portables
- Imprimantes simples ou multifonctions, copieurs, scanners
- Tablettes, terminaux, supports métiers
- Smartphones
- Supports amovibles (clé USB, disque dur) et matériel d'accès (carte, clés, token)
- Espaces de stockage réseaux et cloud du centre hospitalier
- Toute application (Logiciel) intégrée au SI à disposition des utilisateurs
- Tout équipement en général, et notamment biomédical, connecté au réseau de l'établissement.

Cette Charte s'applique à l'ensemble du personnel de l'établissement de santé, tous statuts confondus, et concerne notamment les agents permanents ou temporaires (stagiaires, internes, doctorants, prestataires, fournisseurs, sous-traitants) utilisant les ressources informatiques de l'établissement et les personnes habilitées à accéder au système d'information à distance directement ou à partir du réseau administré par l'établissement.

### 4. DEFINITIONS

---

#### Utilisateur

Toute personne ayant accès ou utilisant les ressources informatiques et les services numériques des établissements du GHT 78 Sud.

DS2I : Direction des systèmes d'information de l'établissement du GHT 78 Sud.

RSSI : Responsable sécurité des systèmes d'information

CSSI : Correspondant sécurité des systèmes d'information

DIM : Département d'information médicale

### Ressources informatiques

Ce sont les moyens matériels et logiciels mis à disposition des personnels habilités dans le cadre des fonctions occupées.

### Système d'information

Ensemble des éléments et règles participant à la gestion, au stockage, au traitement, au transport et à la diffusion de l'information au sein de l'établissement et vers ses partenaires externes.

## **5. MISSION DE SECURITE**

---

Les établissements du GHT 78 Sud fournissent un système d'information qui s'appuie sur une infrastructure informatique. Ils doivent assurer la mise en sécurité de l'ensemble et ainsi protéger les ressources contre des pannes, des erreurs ou des malveillances.

Ils doivent aussi protéger les intérêts économiques des établissements en s'assurant que ces moyens sont bien au service de la production de soins.

### 5.1. Enjeu technique et organisationnel

Les enjeux majeurs de la sécurité sont la qualité et la continuité des soins et le respect du cadre juridique sur l'usage des données personnelles de santé.

Pour cela, les établissements du GHT déploient un ensemble de dispositifs techniques mais aussi organisationnels. En effet, au-delà des outils, **la bonne utilisation des moyens informatiques est essentielle pour garantir un bon niveau de sécurité.**

En liaison avec le CME et les représentants des instances médicales le médecin responsable de l'information médicale met en œuvre les moyens afin de préserver la confidentialité des données nominatives personnelles de santé et l'hébergement de données médicales, (article R6113-6 du CSP).

La sécurité peut être assimilée à une chaîne dont la solidité dépend du maillon le plus faible. Certains comportements humains, par ignorance des risques, peuvent fragiliser le système d'information.

### 5.2. Gestion de risque

L'information médicale, qu'elle soit numérique ou non, est un composant sensible qui intervient dans tous les processus de prise en charge des patients.

Une information manquante, altérée ou indisponible peut constituer **une perte de chance pour le patient** (exemples : erreur dans l'identification d'un patient (homonymie par exemple), perte de données suite à une erreur d'utilisation d'une application informatique, ...).

La sécurité repose sur une gestion des risques avec des analyses des risques potentiels, des suivis d'incidents, des dispositifs d'alertes. La communication vers les utilisateurs est un volet important de cette gestion.

**La présente Charte d'accès et d'usage du système d'information s'inscrit dans ce plan de communication.**

### 5.3. Règles de sécurité

L'accès au système d'information de l'établissement est soumis à autorisation.

Une demande préalable est ainsi requise pour l'attribution d'un accès aux ressources informatiques, aux services Internet et de télécommunication ; la demande exprimée par l'utilisateur est au préalable validée par son Chef de Service, qui précise les accès nécessaires à son collaborateur, et la transmet à la DS2I au moyen des procédures définies par la DS2I.

Un processus comprenant une demande, une validation, une information et une trace, attribuée à l'utilisateur son droit d'accès et lui communique la présente Charte.

Ce droit d'accès est **strictement personnel** et concédé à l'utilisateur pour des activités **exclusivement professionnelles**. Il ne peut être transmis, même temporairement à un tiers.

Tout droit prend fin lors de la cession, même provisoire, de l'activité professionnelle de l'utilisateur, ou en cas de non-respect des dispositions de la présente Charte.

L'obtention d'un droit d'accès aux systèmes d'information des établissements du GHT 78 Sud entraîne pour l'utilisateur les droits et les responsabilités précisées dans les paragraphes ci-dessous.

### 5.4. Confidentialité de l'information et obligation de discrétion

Les personnels des établissements du GHT sont soumis au secret professionnel et / ou médical. (cf. article L. 11110-4 du Code de la Santé Publique).

Cette obligation revêt une importance toute particulière lorsqu'il s'agit de données de santé à caractère personnel (cf. article 9 du RGPD relatif aux données sensibles). Les personnels se doivent de faire preuve d'une discrétion absolue dans l'exercice de leur mission.

Un comportement exemplaire est exigé dans toute communication, orale ou écrite, téléphonique ou électronique, que ce soit lors d'échanges professionnels ou au cours de discussions relevant de la sphère privée.

L'accès par les utilisateurs aux informations stockées sur le système d'information doit être limité à leurs stricts besoins, à l'exception des informations rendues publiques ou partagées par la personne concernée. Il est ainsi interdit de prendre connaissance d'informations détenues par d'autres utilisateurs, même si ceux-ci ne les ont pas explicitement protégées. Cette règle s'applique en particulier aux données couvertes par le secret professionnel, ainsi qu'aux conversations privées de type courrier électroniques dont l'utilisateur n'est ni directement destinataire, ni en copie.

L'accès aux données de santé à caractère personnel des patients par des professionnels habilités se fait par des moyens d'authentification conformes à la réglementation en usage et mettant en place les moyens techniques et organisationnels nécessaires, conformément à l'état de l'art.



L'utilisateur doit assurer la confidentialité des données qu'il détient. En particulier, il ne doit pas diffuser à des tiers, au moyen **d'une messagerie non sécurisée**, des informations nominatives et / ou confidentielles couvertes par le secret professionnel.

#### 5.5. Protection de l'information

Les postes de travail permettent l'accès aux applications du système d'information. Ils permettent également d'élaborer des documents bureautiques. Il est important de ne stocker aucune donnée sensible ni aucun document sur ces postes (disques durs locaux). Les bases de données associées aux applications sont implantées sur des serveurs centraux dans des salles protégées.

De même, les documents bureautiques produits doivent être stockés sur des serveurs de fichiers ou des espaces de stockage collaboratifs validés par la DS2I. Ces espaces sont à usage professionnel uniquement. Le stockage de données privées non professionnelles sur des disques réseau est interdit.

Le cas échéant, ceux qui utilisent un matériel portable (exemples : poste, tablette, smartphone) ne doivent pas le mettre en évidence pendant un déplacement, ni exposer son contenu à la vue d'un voisin dans les transports en commun ou tout lieu public. En général, le matériel doit être rangé en lieu sûr ainsi que tout support mobile de données lorsqu'ils sont autorisés (CD, clé, disque dur).

**Aucune donnée de santé à caractère personnel ne doit être stockée sur des postes ou périphériques personnels.**

Il est demandé de mettre sous clé tout dossier ou document confidentiel lorsqu'on quitte son espace de travail et de verrouiller son poste.

Les médias de stockage amovibles (clés USB, CD, disques durs) présentent des risques très forts vis-à-vis de la sécurité : risques importants de contamination par des programmes malveillants (virus) ou risques de perte de données.

Leur usage doit être soumis à une très grande vigilance. L'établissement se réserve **le droit de limiter voire d'empêcher** l'utilisation de ces médias en bloquant les ports de connexion des outils informatiques.

L'utilisateur ne doit pas transmettre de fichiers sensibles ou des données à caractère personnel à une personne qui en ferait la demande et qu'il ne connaîtrait pas, même s'il s'agit d'une adresse électronique interne à l'établissement.

## **6. USAGE DES RESSOURCES INFORMATIQUES**

---

Seules des personnes habilitées par les DS2I des établissements de santé du GHT (ou par son intermédiaire, la société avec laquelle il a contracté) ont le droit d'installer de nouveaux logiciels, de connecter de nouveaux PC au réseau de l'établissement et plus globalement d'installer de nouveaux matériels informatiques et numériques.

L'utilisateur s'engage à ne pas modifier la configuration des ressources (matériels, réseaux) mises à sa disposition, sans avoir reçu l'accord préalable et l'aide des personnes habilitées de l'établissement du GHT (ou par son intermédiaire la société avec laquelle il a contracté).

Les logiciels commerciaux acquis par l'établissement ne doivent pas faire l'objet de copies de sauvegarde par l'utilisateur, ces dernières ne pouvant être effectuées que par les personnes habilitées de l'établissement.

### 6.1. Usage des outils de communication

Les outils de communication, tels que le téléphone, le fax, Internet ou la messagerie sont destinés à un usage **exclusivement professionnel**. L'usage à titre personnel, dans le cadre des nécessités de la vie privée, est toléré à condition qu'il soit très occasionnel et raisonnable, qu'il soit conforme à la législation en vigueur et qu'il ne puisse pas porter atteinte à l'image de marque de l'établissement de santé. Il ne doit en aucun cas être porté à la vue des patients ou de visiteurs et accompagnants.

#### 6.1.1. Usage d'Internet

L'accès à l'Internet a pour objectif d'aider les personnels à trouver des informations nécessaires à leur mission usuelle, ou dans le cadre de projets spécifiques. Seuls les sites Internet présentant un lien direct avec l'activité professionnelle ont vocation à être consultés.

Le téléchargement de fichiers, de logiciels, de vidéos, d'images, de sons, ainsi que la visualisation en ligne de médias non liés à l'activité professionnelle sont interdits.

Il est rappelé aux utilisateurs que, lorsqu'ils « naviguent » sur l'Internet, leur identifiant est enregistré. Il conviendra donc d'être particulièrement vigilant lors de l'utilisation de l'Internet et à ne pas mettre en danger l'image ou les intérêts de l'établissement de santé du GHT

Il est interdit de se connecter ou de tenter de se connecter à Internet par des moyens autres que ceux fournis par l'établissement. Il est interdit de participer à des forums, blogs et groupes de discussion à des fins non professionnelles, et de se connecter sur des sites à caractère injurieux, violent, raciste, discriminatoire, pornographique, diffamatoire ou manifestement contraire à l'ordre public.

La réglementation impose une traçabilité nominative des accès Internet (loi du 23 janvier 2006 relative à la lutte contre le terrorisme). L'Établissement assure une traçabilité des navigations Internet et met en œuvre des outils de filtrage adaptés. Un usage inapproprié de l'Internet pourra donner lieu à sanction.

Ce contrôle des accès aux sites visités permet de filtrer les sites jugés indésirables, notamment des sites dangereux pour la sécurité du réseau. Il permet de détecter, de bloquer et ou de signaler les accès abusifs (en matière de débits, volumes, durées), ou les accès à des sites illicites et/ou interdits.

Par ailleurs, les données concernant l'utilisateur (sites consultés, messages échangés, données fournies à travers un formulaire, données collectées à l'insu de l'utilisateur) peuvent être enregistrées par des tiers, analysées et utilisées à des fins notamment commerciales. Il est donc recommandé à chaque utilisateur de ne pas fournir son adresse électronique professionnelle, ni aucune coordonnée professionnelle sur Internet, si ce n'est pas strictement nécessaire à la conduite de son activité professionnelle.

#### 6.1.2. Usage de la messagerie

L'usage de la messagerie est autorisé à l'ensemble du personnel qui en exprime le besoin. La messagerie permet de faciliter les échanges entre les professionnels de l'établissement.

Les utilisateurs doivent garder à l'esprit que leurs messages électroniques peuvent être stockés, réutilisés, exploités à des fins auxquelles ils n'auraient pas pensé en les rédigeant, constituer une preuve ou un commencement de preuve par écrit ou valoir offre ou acceptation de manière à former un contrat entre l'hôpital et son interlocuteur, même en l'absence de contrat signé de façon manuscrite.

Un usage privé de la messagerie est toléré s'il reste exceptionnel. Les messages personnels doivent comporter explicitement la mention « privé » dans l'objet.

A défaut, les messages seront réputés relever de la correspondance professionnelle. Les messages marqués « privé » ne doivent pas comporter de signature d'ordre professionnel à l'intérieur du message.

L'usage des listes de diffusion doit être strictement professionnel.

Il est strictement interdit d'utiliser la messagerie pour des messages d'ordre commercial ou publicitaire, du prosélytisme, du harcèlement, des messages insultants ou de dénigrement, des textes ou des images provocantes et / ou illicites, ou pour propager des opinions personnelles qui pourraient engager la responsabilité de l'établissement ou porter atteinte à son image. Les utilisateurs y sont tenus par leurs clauses de confidentialité et de loyauté contractuelles dans le contenu des informations qu'ils transmettent par email.

Afin de ne pas surcharger les serveurs de messagerie, les utilisateurs doivent veiller à éviter l'envoi de pièces jointes volumineuses, notamment lorsque le message comporte plusieurs destinataires.

Seules les pièces jointes professionnelles de type « documents » ou « images » sont autorisées. Il est rappelé que le réseau Internet n'est pas un moyen de transport sécurisé. Il ne doit donc pas servir à l'échange d'informations médicales nominatives ou de données à caractère personnel en clair. En l'absence de dispositif de chiffrement de l'information de bout en bout, les informations médicales doivent être rendues anonymes.

Il est strictement interdit d'ouvrir ou de lire des messages électroniques d'un autre utilisateur, sauf si ce dernier a donné son autorisation explicite.

Les messages à diffusion générale sont interdits. Seule la Direction Générale peut autoriser ou réaliser une diffusion à l'ensemble des utilisateurs déclarés.

### Contexte Cyber Sécurité et Précautions d'usage de la messagerie

Il est strictement interdit à l'Utilisateur d'ouvrir des pièces jointes provenant de destinataires inconnus ou dont le titre ou le format paraissent incohérents avec les fichiers que leur envoient habituellement leurs contacts.

L'utilisateur doit respecter les règles suivantes : -

- Ne jamais répondre par courriel à une demande d'informations personnelles ou confidentielles (par exemple : code confidentiel, mot de passe, numéro de carte bancaire,...). En effet, des courriels circulent aux couleurs d'institutions ou de sociétés connues pour récupérer les données des personnes concernées. Il s'agit d'attaques par hameçonnage ou « phishing ».
- Ne pas ouvrir et ne pas relayer de messages de type chaînes de lettre, appels à la solidarité, .....
- Ne jamais utiliser son adresse de messagerie professionnelle comme identifiant pour s'inscrire à des sites non professionnels tels que les Réseaux sociaux, « LinkedIn », sites commerciaux, chaînes Vidéos,...
- Si le site nécessite une adresse professionnelle pour créer un compte : 'sites institutionnels, fournisseurs reconnus, ne jamais utiliser son mot de passe professionnel de session.

**Tout message suspect doit être signalé au support informatique de l'établissement, qui en informera le CSSI et le RSSI.**

#### 6.2. Usage des login et des mots de passe (ou cartes CPS ou équivalent)

Chaque utilisateur dispose de comptes nominatifs lui permettant d'accéder aux applications et aux systèmes informatiques de l'établissement. Ce compte est personnel. Il est strictement interdit d'usurper une identité en utilisant ou en tentant d'utiliser le compte d'un autre utilisateur ou en agissant de façon anonyme dans le système d'information.

Pour utiliser ce compte nominatif, l'utilisateur dispose d'un ou plusieurs moyens d'authentification (login et mot de passe, carte CPS ou équivalent, etc...) conformes avec la réglementation en vigueur et compatibles avec des pratiques professionnelles à l'état de l'art.

Le mot de passe est strictement confidentiel. Il ne doit pas être communiqué à qui que ce soit : ni à des collègues, ni à sa hiérarchie, ni au personnel en charge de la sécurité des systèmes d'information, même pour une situation temporaire.

Chaque utilisateur est responsable de ses comptes, de ses mots de passe, et de l'usage qui en est fait. Il ne doit ainsi pas mettre à la disposition de tiers non autorisés un accès aux systèmes et aux réseaux de l'établissement dont il a l'usage, et ce, de manière volontaire ou involontaire (exemple : mot de passe inscrit sur un « post it » près du poste de travail)

La plupart des systèmes informatiques et des applications de l'établissement assurent une traçabilité complète des accès et des opérations réalisées à partir des comptes sur les applications médicales et médicotechniques, les applications administratives, le réseau, la messagerie, l'Internet. Il est ainsi possible pour l'établissement de vérifier *a posteriori* l'identité de l'utilisateur ayant accédé ou tenté d'accéder à une application ou à un composant.

Il est interdit de contourner ou de tenter de contourner les restrictions d'accès aux logiciels. Ceux-ci doivent être utilisés conformément aux principes d'utilisation communiqués lors de formations ou dans les manuels et procédures remis aux utilisateurs.

C'est pourquoi il est important que l'utilisateur veille à ce que personne ne puisse se connecter avec son propre compte. Pour cela, sur un poste dédié, il convient de fermer ou verrouiller sa session lorsqu'on quitte son poste. Il ne faut jamais se connecter sur plusieurs postes à la fois. Pour les postes qui ne sont pas utilisés pendant la nuit, il est impératif de fermer sa session systématiquement avant de quitter son poste le soir.

**L'utilisateur s'engage enfin à signaler toute tentative de violation de son compte personnel.**

### 6.3. Usage des Matériels et des espaces de stockage

Tout utilisateur d'une ressource informatique mise à disposition par l'établissement doit prendre toutes les dispositions pour éviter le vol ou la détérioration du bien. Ce matériel, de type PC fixe, PC portable, tablette tactile, smartphone, imprimante... est fragile et requiert d'être manipulé de façon adaptée. Les utilisateurs sont sensibilisés aux bons usages des matériels et s'engagent à les manipuler en conséquence.

**Poste de travail :** l'utilisateur s'interdit d'installer des programmes, des matériels ou autres outils informatiques sans l'accord de sa hiérarchie et / ou de la DSI. Le poste professionnel ne peut être utilisé que par l'Agent (ou parfois le Service) auquel il a été affecté, pour les finalités professionnelles définies.

**Périphériques USB :** les périphériques de type clés USB ou disques durs externes doivent être utilisés à des fins professionnelles. Seul le matériel appartenant à l'établissement peut être connecté sur le réseau.

**Imprimantes :** l'utilisateur est responsable du bon usage des imprimantes et responsable des données qu'il imprime. Il doit être attentif à l'imprimante sélectionnée et doit s'assurer de ne pas laisser à la vue de tous les documents sensibles imprimés.

**Téléphones fixes et DECT :** les téléphones sont limités à un usage strictement professionnel.

**Smartphones :** seuls les téléphones portables fournis par l'établissement peuvent être connectés au réseau et donc accéder aux systèmes de messagerie ou à d'autres applications internes au système d'information.

**Objets communicants** : en règle générale, aucun objet communicant (Montre, Bracelet, Carte à puce...) ni aucun objet connecté de santé (DM, DMI ou objet en test) ne peut être connecté au réseau sans l'aval de la DSI, qui aura procédé à toutes les vérifications nécessaires à la validation du dispositif.

**Applications en ligne** : Les applications en lignes, téléchargées gratuitement ou achetées sur les stores (Google, Apple, Microsoft...) à caractère médical ne peuvent être utilisées et intégrées aux processus de soins sans qualification par la DSI et un ou plusieurs Médecins désignés. L'usage sauvage de ce type d'application, sans assurance de respect des critères d'intégrité, de confidentialité, de disponibilité et de traçabilité, sans connaissance détaillée des conditions générales de vente ou d'usage, engage la responsabilité du professionnel de santé usager.

Toute connexion sans autorisation de périphériques (DD, Clé USB, WEBCAM...) ou d'ordinateur personnel est interdite.

**Espaces de stockage** : l'utilisateur doit, dans la mesure du possible, maîtriser ses espaces de stockage (pas de doublons, organisation efficace et lisible). Il doit veiller à n'y stocker que des données ayant une valeur professionnelle. Une tolérance exceptionnelle est acceptée lorsqu'elle est justifiée en ce qui concerne les disques durs des ordinateurs, où l'utilisateur peut définir un espace personnel explicite.

Afin de ne pas saturer les espaces de stockage, il convient d'y faire régulièrement le tri et de réévaluer la pertinence des données conservées.

Enfin, il est rappelé que **l'ensemble des documents professionnels doit être stockés sur les espaces réseau dédiés**, sécurisés et sauvegardés, et non pas sur les disques durs des postes de travail, non sécurisés et non sauvegardés.

#### 6.4. Usage du système d'information à distance

Les utilisateurs doivent être conscients des risques qu'implique une utilisation des données et des ressources de l'établissement dans un autre environnement, notamment en termes de confidentialité. Les utilisateurs s'engagent à ne pas installer et à ne pas utiliser de logiciels ou procédés leur permettant de prendre la main, de l'extérieur, sur tout poste interne à l'établissement.

#### **Mobilité et télé travail**

Toutes les règles énoncées dans la présente Charte s'appliquent à cette utilisation.

En situation de mobilité ou de télétravail, les utilisateurs doivent être particulièrement attentifs aux règles de sécurité, notamment :

- Fermer la session connectée à l'établissement systématiquement avant de quitter son poste de travail.
- Veiller à ce que la connexion internet soit sécurisée, pas de wifi public, pas de mot de passe trivial sur les composants Wifi domestiques : mot de passe de la box ADSL, du réseau Wifi.

- Si l'utilisateur est autorisé à se connecter via un ordinateur « familial », s'assurer que celui-ci est protégé a minima par un anti-virus à jour et que les mises à jours du système soient activées et opérationnelles.

Les Administrateurs et Référents fonctionnels ayant la possibilité d'accéder aux systèmes de l'extérieur dans le cadre de leur fonction ou d'autoriser cet accès à certains utilisateurs dans le cadre de leur fonction, doivent être habilités par la Direction Générale et / ou le RSSI.

Chaque utilisateur bénéficiant de cette dérogation s'engage à n'utiliser que des logiciels ou procédés utilisant un mécanisme de double authentification.

Les règles énoncées dans la présente Charte s'appliquent à cette utilisation.

## **7. PROPRIETE INTELECTUELLE**

---

Les clauses énoncées dans les licences des différents logiciels doivent être respectées. Il est interdit d'effectuer des copies de logiciel pour quelque usage que ce soit, hormis une copie de sauvegarde dans les conditions prévues par le code de la propriété intellectuelle.

## **8. PROTECTION DE L'IMAGE DE L'ETABLISSEMENT**

---

Le droit à l'image concerne les faits et informations de l'établissement dans son fonctionnement quotidien, qui n'ont pas à être rendus publiques. Aucun fichier, quelle que soit sa nature, ne doit être diffusé vers l'extérieur et notamment sur l'Internet, sans motif professionnel autorisé.

L'utilisateur doit s'imposer le respect des lois et notamment celles relatives aux publications à caractère injurieux, raciste, pornographique, diffamatoire, pédophile, négationniste ou portant atteinte d'une quelconque façon à la dignité humaine.

L'utilisateur doit faire preuve de la plus grande correction à l'égard de ses interlocuteurs lors de ses échanges électroniques par courrier ou par publication sur des forums professionnels. Il n'émettra pas d'opinions étrangères à son activité professionnelle susceptibles de porter préjudice à l'établissement.

## **9. DISPOSITIONS EN CAS D'ABSENCE D'UN SALARIE**

---

Au cas où les procédures dites de « doublonnage » ne soient pas applicables et pour assurer une continuité de l'activité professionnelle, l'employeur peut être amené à accéder à l'espace réseau ou à la messagerie d'un salarié absent.

Afin de ne pas porter atteinte à la vie privée des salariés, l'employeur applique la jurisprudence. Celle-ci considère que : « es courriers adressés par le salarié à l'aide de l'outil informatique mis à sa disposition par l'employeur pour les besoins de son travail sont présumés avoir un caractère professionnel en sorte que l'employeur est en droit de les ouvrir hors la présence de l'intéressé, sauf si le salarié les identifie comme étant personnels» (arrêt Cour de Cassation, 15 décembre 2010, n°08-42.486).

## 10. CONTROLE

---

Pour des nécessités de maintenance et de gestion, l'utilisation des ressources matérielles ou logicielles, les échanges via le réseau, ainsi que les rapports des télécommunications peuvent être analysés et contrôlés dans le respect de la législation applicable, et notamment de la loi Informatique et Libertés.

## 10. TRACABILITE

---

L'établissement assure une traçabilité sur l'ensemble des accès aux applications et aux ressources informatiques qu'elle met à disposition pour des raisons d'exigence réglementaire de traçabilité, de prévention contre les attaques et de contrôle du bon usage des applications et des ressources. Par conséquent, les applications de l'établissement, ainsi que les réseaux, messagerie et accès Internet intègrent des dispositifs de traçabilité permettant d'enregistrer :

- L'identifiant de l'utilisateur ayant déclenché l'opération
- L'heure de la connexion
- Le système auquel il est accédé
- Le type d'opération réalisée
- Les informations ajoutées, modifiées, consultées ou supprimées des bases de données en réseau et/ ou des applications de l'établissement
- La durée de la connexion (notamment pour l'accès Internet) ;

Le personnel de la DS2I respecte la confidentialité des données et des traces auxquelles il est amené à accéder dans l'exercice de ses fonctions, mais peut être amené à les utiliser pour mettre en évidence certaines infractions commises par les utilisateurs.

## 11. ALERTES

---

Tout constat de vol de matériel ou de données, d'usurpation d'identité, de détournement de moyen, de réception de messages interdits, de fonctionnement anormal ou de façon plus générale toute suspicion d'atteinte à la sécurité ou manquement substantiel à cette charte doit être signalé au Responsable de la Sécurité du Système d'Information, Directeur du Système d'Information et Délégué à la Protection des Données.



En cas de phénomène de cyber attaques impactant l'établissement, la communication vers le public est de la seule responsabilité et initiative de la direction de l'établissement.

La sécurité de l'information met en jeu des moyens techniques, organisationnels et humains. Chaque utilisateur du système d'information se doit d'avoir une attitude vigilante et responsable afin que les patients bénéficient d'une prise en charge sécurisée et que leur vie privée ainsi que celles du personnel soient respectées.

## 12.RESPONSABILITES ET SANCTIONS

---

Les règles définies dans la présente Charte ont été fixées par la Direction générale de l'établissement de santé dans le respect des dispositions législatives et réglementaires applicables (CNIL, HAS, DGOS, ASIP Santé, ...).

L'établissement ne pourra être tenu pour responsable des détériorations d'informations ou des infractions commises par un utilisateur qui ne se sera pas conformé aux règles d'accès et d'usage des ressources informatiques et des services internet décrites dans la Charte. En cas de manquement aux règles de la présente Charte, la personne responsable de ce manquement est passible de sanctions pouvant être :

- Un rappel ou un avertissement accompagné ou non d'un retrait partiel ou total, temporaire ou définitif, des moyens informatiques ;
- Un licenciement et éventuellement des actions civiles ou pénales, selon la gravité du manquement.

Outre ces sanctions, la Direction de l'établissement est tenue de signaler toute infraction pénale commise par son personnel au procureur de la République.

## 13.PREUVE

---

L'utilisateur reconnaît et accepte que les registres informatisés, conservés dans le système d'information de l'établissement dans des conditions raisonnables de sécurité, seront considérés comme les preuves irréfragables de l'utilisation des moyens informatiques et des communications de l'établissement.

## 14.CONCLUSION

---

Les règles définies dans la présente Charte ont été fixées par la Direction de l'établissement dans le respect des dispositions législatives et réglementaires applicables.

Les principes posés par la présente Charte visent, en premier lieu, à informer les personnels du mode d'utilisation des technologies numériques, de l'information et de la communication, mises à leur disposition dans le respect des droits (ceux des utilisateurs et ceux des patients) et des devoirs (respect des Lois et des bonnes pratiques) qui leur incombent.

Dans l'hypothèse où des manquements graves au respect de cette Charte seraient constatés, l'établissement se réserve le droit de mettre en œuvre, à l'égard des utilisateurs concernés, des sanctions disciplinaires proportionnelles à la gravité des faits constatés.

Cette Charte est annexée au Règlement intérieur.

## 15. TEXTES DE REFERENCE

### Code Pénal

Article 226-13 : « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.* »

Articles 226-13, -15, -16, -17, -21 et -22 modifiés par la loi du 6 août 2004, relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Articles 227-23 et 227-24 modifiés par la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance.

Articles 323-1, -2, -3 et 323-5 (Loi Godfrain), modifiés par la loi du 21 juin 2004 pour la confiance dans l'économie numérique.

Loi n°78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée le 6 août 2004.

Loi n°2004-575 du 21 juin 2004 pour la confiance dans l'économie numérique.

Loi n°2006-64 du 23 janvier 2006 relative à la lutte contre le terrorisme et portant dispositions diverses relatives à la sécurité et aux contrôles frontaliers.

### Code de la Propriété intellectuelle

Articles L335-1 à L335-8 modifiés par les lois du 1<sup>er</sup> Août 2006 relatives au droit d'auteur et aux droits voisins dans la société de l'information, du 28 octobre 2009 relative à la protection de la propriété littéraire et artistique sur Internet, du 29 octobre 2007 de lutte contre la contrefaçon, du 12 juin 2009 favorisant la diffusion et la protection de la création sur Internet.

Articles L342-1 à L342-5 et L343-1 et L343-2 relatifs à la protection des bases de données.

### Code de la Santé Publique

Article L 1110.4

Article L 1111.7

Article L 1111.8

Ces textes encadrent un corpus réglementaires portant sur les thèmes suivants :

- Le traitement numérique des données et plus précisément le traitement des données à caractère personnel et le respect de la vie privée, le traitement des données personnelles de santé.
- Le droit d'accès des patients et des professionnels de santé aux données médicales.
- L'hébergement et la gestion de données médicales.

- Le secret professionnel et le secret médical.
- La signature électronique des documents et des échanges.
- Le secret des correspondances.
- La lutte contre la cybercriminalité.
- La protection des logiciels, des bases de données et le droit d'auteur.

Article du CSP

## PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Le Règlement n°2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et communément appelé Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) est entré en vigueur le 25 mai 2018.

Le RGPD, complété par la nouvelle Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dans sa version consolidée du 14 juin 2018, impose les conditions dans lesquelles des traitements de données à caractère personnel peuvent être réalisés. Cette réglementation ouvre aux personnes concernées par les traitements un droit d'information, d'accès, de rectification, d'effacement, de portabilité, de limitation et d'opposition des données enregistrées sur leur compte, ainsi que le droit de décider du sort de ses données à caractère personnel après sa mort.

Le GHT Yvelines SUD a désigné un Délégué à la Protection des Données à caractère personnel (DPO). Ce dernier a pour mission de veiller au respect des dispositions du RGPD et a pour rôle de s'assurer de la conformité juridique des traitements.

Il est obligatoirement consulté par le responsable de traitement préalablement à la création d'un fichier. Le « Responsable de Traitement » est celui qui détermine les finalités et les moyens du traitement, c'est celui qui a pris l'initiative du traitement. A ce titre, chaque établissement du GHT Yvelines SUD est Responsable de Traitement pour les traitements qu'il met en œuvre.

Il recense dans un registre la liste de l'ensemble des traitements de données à caractère personnel de l'établissement au fur et à mesure de leur mise en œuvre. Cette liste est tenue à disposition de toute personne en faisant la demande.

Le DPO veille au respect des droits des personnes citées ci-dessus. En cas de difficultés rencontrées lors de l'exercice de ces droits, les personnes concernées peuvent saisir le DPO du GHT Yvelines SUD à l'adresse [dpo@hopitalhoudan.fr](mailto:dpo@hopitalhoudan.fr) ou [direction@hopitalhoudan.fr](mailto:direction@hopitalhoudan.fr)