



REGLEMENT INTERIEUR

DU CENTRE HOSPITALIER SÈVRE ET LOIRE

Edition 2025

(Version adoptée le 3 juillet 2023 après passage aux instances de Juin 2023 et modifiée en 2025 avec l'ajout en annexe des chartes Administrateurs et Utilisateurs du Système d'Information)

Centre Hospitalier Sèvre Loire

1, allée Alphonse Fillion - 44122 Vertou

☎ : 02 40 80 80 00

☎ : 02 40 80 80 09

✉ : hopital@hopital-sevre-loire.fr

Table des matières

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	6
SECTION 1 : STATUT ET MISSIONS DU CENTRE HOSPITALIER SÈVRE ET LOIRE	6
Article 1 Statut du Centre Sèvre et Loire	6
Article 2 Missions du Centre Hospitalier Sèvre et Loire	6
SECTION 2 : ORGANES DÉCISIONNELS ET INSTANCES CONSULTATIVES DU CENTRE HOSPITALIER	6
Article 3 Le Conseil de Surveillance	6
Article 4 Le Directeur et l'équipe de Direction	7
Article 5 Le Directoire	8
Article 6 La Commission Médicale d'Etablissement (CME)	8
Article 7 Le Comité Social d'Etablissement (CSE) et La Formation Spécialisée en Santé, Sécurité et Conditions de Travail (FSSCT) du Comité Social d'Etablissement	9
Article 8 Les Commissions Administratives Paritaires Locales (CAPL)	10
Article 9 La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)	11
Article 10 La Commission des Usagers et les Conseils de la Vie Sociale	11
Article 11 Instances relatives à la qualité et à la sécurité des soins	11
SECTION 3 : L'ORGANISATION DES SOINS	12
Article 12 L'organisation générale des services au Centre Hospitalier Sèvre et Loire	12
Article 13 Les structures internes, services ou unités fonctionnelles	12
Article 14 La coordination des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques	12
Article 15 Permanence médicale des soins	13
SECTION 4 - LES COOPÉRATIONS ET PARTENARIATS	13
Article 16 Le Groupement Hospitalier de territoire de Loire-Atlantique (GHT 44)	13
Article 17 Relations avec les autres acteurs de santé	14
Article 18 Les associations et bénévoles intervenant dans l'établissement	14
CHAPITRE II - DISPOSITIONS RELATIVES À LA SÉCURITÉ GÉNÉRALE	15
SECTION 1 : DISPOSITIONS RELATIVES À LA SÉCURITÉ QUOTIDIENNE	15
Article 19 Interdiction de consommation d'alcool et autorisations limitatives	15
Article 20 Respect de la réglementation anti-tabac et de l'interdiction de vapoter	15
Article 21 Détention illégale de stupéfiants et produits illicites	16
Article 22 L'hygiène et prévention des risques infectieux	16
Article 23 La prévention des risques professionnels	16
Article 24 La sécurité incendie	16
Article 25 La sécurité technique	17
Article 26 La sécurité informatique	17
Article 27 La protection des données à caractère personnel	18
Article 28 Le traitement informatique des données nominatives	18
Article 29 Sécurité anti-malveillance/vidéosurveillance	18
SECTION 2 : PLANS DE GESTION DE CRISE ET DES SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES (SSE)	19
Article 30 Le plan blanc	19
Article 31 Le Plan Bleu	19
Article 32 Politique global de sécurité de l'établissement	19
SECTION 3 : ACCES AUX SITES ET REGLES DE CIRCULATION/STATIONNEMENT	20
Article 33 Accessibilité pour les personnes à mobilité réduite	20
Article 34 Application du Code de la route	20
Article 35 Règles de stationnement	20
Article 36 Poursuites possibles en cas de non-respect des règles	21
SECTION 4 : RAPPORT AVEC LES AUTORITES DE POLICE ET AVEC L'AUTORITE JUDICIAIRE	21
CHAPITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS.....	22
SECTION 1 : ACCUEIL CONSULTATIONS ET ADMISSIONS DES PATIENTS - DISPOSITIONS GÉNÉRALES	22
Article 37 Principe du libre choix du patient	22
Article 38 Pièces justificatives pour l'admission	22
Article 39 Accès aux soins des personnes démunies et accompagnement social	22
Article 40 Compétence du directeur du centre hospitalier en matière d'admission	22
Article 41 Consultations externes	23
Article 42 L'admission programmée	23

Article 43	Transfert vers un autre établissement	23
Article 44	Refus de soins, d'hospitalisation, sortie contre avis médical	23
Article 45	Régime commun d'hospitalisation et supplément chambre particulière.....	23
Article 46	Frais de séjour.....	23
SECTION 2 : ADMISSIONS - DISPOSITIONS PARTICULIERES		24
Article 47	Le respect de la confidentialité	24
Article 48	Dispositions relatives aux militaires, victimes de guerre et victimes d'actes de terrorisme	24
Article 49	Protection juridique des majeurs	25
Article 50	Etrangers.....	25
Article 51	Admission des patients toxicomanes	25
SECTION 3 : CONDITIONS DE SEJOUR.....		25
Article 52	Accueil/ livret d'accueil	25
Article 53	Information du patient/ personne de confiance	25
Article 54	Consentement aux soins - dispositions générales.....	26
Article 55	Consentement aux soins : dispositions relatives aux patients hors d'état d'exprimer leur volonté.	26
Article 56	Horaires et conditions de visite	26
Article 57	Interdiction d'accès aux démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs	27
Article 58	Associations de bénévoles.....	27
Article 59	Non dissimulation du visage dans l'espace public	27
Article 60	Droits civiques	27
Article 61	Déplacement des hospitalisés.....	28
Article 62	Repas 28	
Article 63	Effets personnels.....	28
Article 64	Services à la personne.....	28
Article 65	Découverte d'armes ou substances illicites.....	28
Article 66	Culte/Laïcité.....	29
Article 67	Gestion des plaintes/réclamations/remerciements/Communication du dossier médical	29
SECTION 4 : SORTIE		30
Article 68	Permissions de sortie	30
Article 69	Modalités de la sortie	30
Article 70	Information du médecin traitant	30
Article 71	Sortie par mesure disciplinaire.....	30
Article 72	Transport en ambulance.....	31
Article 73	Questionnaire de sortie.....	31
Article 74	Date et horaires de sortie.....	31
SECTION 5 : MESURES A PRENDRE EN CAS DE DECES DES HOSPITALISES.....		31
Article 75	Attitude à adopter à l'approche du décès/Directives anticipées	31
Article 76	Constat et déclaration du décès.....	31
Article 77	Accueil et information de l'entourage	32
Article 78	Cas de mort violente ou suspecte.....	32
Article 79	Toilette mortuaire	32
Article 80	Organisation de la salle de présentation	32
Article 81	Transport du corps.....	32
Article 82	Prélèvement d'organes et de tissus/prélèvements à but thérapeutique ou scientifique	33
Article 83	Dons du corps à la science	33
CHAPITRE IV - DISPOSITIONS FINANCIERES		34
SECTION 1 : MODALITES D'ELABORATION DES TARIFS		34
Article 84	Tarifs d'hospitalisation.....	34
Article 85	Tarifs des consultations externes.....	34
Article 86	Frais de séjour EHPAD / USLD	34
SECTION 2 : MODALITES DE CONSULTATIONS DES TARIFS		35
SECTION 3 : LISTE DES PRESTATIONS PAYANTES PROPOSEES		35
CHAPITRE V - DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS		36
SECTION 1 : DISPOSITIONS COMMUNES À L'ENSEMBLE DU PERSONNEL		36
Article 87	Assiduité et ponctualité	36
Article 88	Obligation d'obéissance.....	36
Article 89	Information du responsable ou du supérieur hiérarchique.....	36

Article 90	Secret, réserve, discrétion	37
Article 91	Respect de la neutralité du service public	37
Article 92	Conservation en bon état des locaux et matériels	38
Article 93	Bon usage du système d'information.....	38
Article 94	Obligation de déposer argent, objets de valeur des patients/résidents au coffre/ Interdiction des pourboires	38
Article 95	Interdiction d'exercer une activité privée lucrative (sauf dérogation légale)	38
Article 96	Principes/ obligation de désintéressement et de bonne conduite professionnelle	39
Article 97	Identification	40
Article 98	Tenue vestimentaire, équipements de protection individuelle et exigences d'une tenue correcte..	40
Article 99	Hygiène	41
Article 100	Sécurité incendie	41
Article 101	Respect de la personne hospitalisée/lutte contre le bruit.....	41
Article 102	Attitude vis-à-vis des patients, résidents et de leur famille	41
Article 103	Obligation d'accueillir et d'informer le public, les usagers et leurs familles	41
Article 104	Interdiction des réunions publiques	41
Article 105	Exercice du droit de grève	42
Article 106	Droit syndical	42
Article 107	Droit de retrait : en cas d'un danger grave et imminent.....	42
Article 108	Droit d'alerte : information de l'employeur par un représentant du personnel au Formation Spécialisée Santé, Sécurité et Conditions de Travail (FSSSCT) du CSE	42
Article 109	La prévention des risques professionnels.....	42
Article 110	Accès interdit aux démarcheurs.....	43
Article 111	Respect du droit à l'image	43
Article 112	Effets et biens personnels/responsabilité	43
Article 113	Formation/DPC/évaluation des pratiques professionnelles.....	43
Article 114	Liberté d'opinion, de conscience, et non-discrimination	43
Article 115	Egalité de traitement	43
Article 116	Protection contre le harcèlement moral et sexuel	44
Article 117	Droit à la participation.....	44
Article 118	Droit à une protection dans l'exercice de ses fonctions	44
Article 119	Accompagnement d'un agent victime de violence	44
Article 120	Droit d'accès au dossier administratif.....	44
Article 121	Le service de santé au travail.....	44
Article 122	Autres services à la disposition des personnels de l'établissement.....	44
Article 123	Modalités d'accueil des stagiaires au Centre Hospitalier Sèvre et Loire	45
SECTION 2 : DISPOSITIONS SPECIFIQUES AU PERSONNEL MEDICAL		46
Article 124	Des agents publics non fonctionnaires.....	46
Article 125	Indépendance professionnelle	46
Article 126	Déontologie médicale	46
Article 127	Ethique médicale.....	46
Article 128	Le secret médical.....	46
 CHAPITRE VI - APPROBATION, ACTUALISATION, MISE A DISPOSITION DU REGLEMENT INTERIEUR.....		47
Article 129	Approbation/Mise à jour du règlement intérieur.....	47
Article 130	Mise à disposition du règlement intérieur	47
 CHAPITRE VII – ANNEXES		49
Annexe 1: Charte Administrateur du Système d'Information du CHSL.....		
Annexe 2: Charte Utilisateur du Système d'Information du CHSL.....		

PREAMBULE

Le Centre Hospitalier Sèvre et Loire a adopté le présent règlement intérieur conformément aux dispositions de l'article L.6143-1 du Code de la Santé Publique. Il vise essentiellement les objectifs suivants :

- Informer toute personne qui le souhaite sur le fonctionnement de l'hôpital et sur l'organisation du séjour du patient.
- Contribuer au respect par la communauté hospitalière de la réglementation en vigueur, en particulier dans le domaine des droits et obligations de la personne hospitalisée et du résident.
- Favoriser le développement de bonnes pratiques en ce qui concerne l'accueil et la prise en charge du patient.

Un exemplaire du règlement intérieur est tenu à la disposition du personnel dans chaque service de l'établissement et fait l'objet d'une information spécifique.

Le règlement intérieur peut être communiqué à toute personne qui en formule la demande.

Il est également consultable sur le site internet et sur le réseau G:\Documentation du Centre Hospitalier Sèvre et Loire.

CHAPITRE I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

SECTION 1 : STATUT ET MISSIONS DU CENTRE HOSPITALIER SÈVRE ET LOIRE

Article 1 Statut du Centre Sèvre et Loire

Le Centre Hospitalier Sèvre et Loire est un établissement public de santé qui assure dans les conditions prévues par le code de la santé publique, le diagnostic, la surveillance et le traitement des patients.

Il délivre des soins aux personnes hospitalisées, en hospitalisation complète ou en hospitalisation à temps partiel (sous réserve des autorisations délivrées). Il assure aussi des soins externes.

Des activités de prise en charge et d'hébergement des personnes âgées et handicapées, et de prévention et promotion de la santé sont également mises en œuvre, localisées sur les sites de Vertou, du Loroux-Bottereau, de Haute-Goulaine et de la Haie-Fouassière.

Le Centre Hospitalier Sèvre et Loire est reconnu depuis le 1er janvier 2022 en qualité d'hôpital de proximité pour son site de Vertou par décision du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

L'établissement élabore tous les cinq ans un projet d'établissement qui précise notamment les grandes orientations du projet médical et du projet de soins. Il signe également un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire, qui doit être compatible avec les objectifs du Projet Régional de Santé et fixe ainsi les moyens dont dispose l'établissement pour atteindre ses objectifs.

Article 2 Missions du Centre Hospitalier Sèvre et Loire

Le Centre Hospitalier Sèvre et Loire comporte 524 lits et places pour mettre en œuvre ses missions de service public. Il dispose d'autorisations d'activité en médecine (court séjour), ainsi qu'en soins de suite et de réadaptation, en gériatrie et services d'hébergement de personnes âgées et dans le secteur du handicap. Il ne dispose pas de plateau technique important mais dispose d'un accès aux services de radiologie (IRM, scanner, radiologie conventionnelle) des établissements publics et privés environnants ainsi qu'au laboratoire du CHU de Nantes par convention.

Le service de médecine est installé sur le site de Vertou exclusivement, les autres activités de soins de suite et de réadaptation, d'USLD et d'EHPAD étant répartis sur les deux sites principaux de Vertou et du Loroux-Bottereau.

En ce qui concerne le handicap, une MAS est localisée en centre-ville du Loroux-Bottereau.

Enfin, deux domiciles collectifs de 19 places chacun sont localisés à Haute-Goulaine et la Haie-Fouassière.

SECTION 2 - ORGANES DÉCISIONNELS ET INSTANCES CONSULTATIVES DU CENTRE HOSPITALIER

Article 3 Le Conseil de Surveillance

Le Conseil de Surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement.

Il délibère, notamment, sur :

- Le projet d'établissement ;
- Le compte financier et l'affectation des résultats ;

- Toute mesure relative à la participation de l'établissement à un groupement de coopération 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 ;
- Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le Directeur.

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 ;
- Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat ;
- Le règlement intérieur de l'établissement.

Le Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier Sèvre et Loire est composé de :

- Cinq représentants des collectivités territoriales, parmi lesquels figurent :
 - ✓ le maire de la commune siège de l'établissement principal, ou le représentant qu'il désigne,
 - ✓ un représentant de la principale commune d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice connu, autre que celle du siège de l'établissement principal,
 - ✓ deux représentants des établissements publics de coopération intercommunale à fiscalité propre auxquels appartiennent respectivement ces deux communes,
 - ✓ le président du Conseil Départemental siège de l'établissement principal, ou le représentant qu'il désigne.
- Cinq représentants du personnel médical et non médical de l'établissement public ;
- Cinq personnalités qualifiées parmi lesquelles deux désignées par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé et trois, dont deux représentants des usagers, désignées par le représentant de l'Etat dans le département.
- D'autres personnalités peuvent participer aux séances du Conseil de Surveillance avec voix consultative, comme le Président de la Commission Médicale d'Établissement ou un représentant de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire.

Article 4 Le Directeur et l'équipe de Direction

Le Directeur, Président du Directoire, conduit la politique générale et la gestion de l'établissement. Il le représente dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement. Il participe aux séances du Conseil de Surveillance et met en œuvre la politique définie par ce dernier en exécutant ses délibérations.

Après consultation avec le Directoire, il conclut le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens avec l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire.

Le Directeur dispose d'un pouvoir de nomination. Il est l'ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il fixe annuellement l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses, prépare le plan global de financement pluriannuel (investissements) et propose les tarifs de prestations.

Le Directeur est assisté d'une équipe de Direction, responsable, sous son autorité, du fonctionnement de l'établissement, et composée de plusieurs directeurs adjoints. En référence à l'organigramme de direction, ceux-ci disposent d'une délégation de signature dans un secteur fonctionnel déterminé (par exemple : ressources humaines, affaires logistiques...).

La continuité de la fonction de direction est assurée, en dehors des heures et jours ouvrables, dans le cadre d'une astreinte de direction.

En cas d'empêchement ou d'absence du Directeur de l'établissement, celui-ci donne une délégation pour assurer la continuité de fonctionnement de l'établissement.

La communication est assurée par le secrétariat de la Direction générale, qui gère à la fois la communication interne et la communication externe.

Il reçoit les demandes des médias (presse, TV, radio) qui souhaitent effectuer un reportage et les oriente vers les interlocuteurs concernés. Il informe régulièrement la presse des événements marquants du Centre Hospitalier.

En matière de relations avec la presse, le Centre Hospitalier tend à concilier deux principes intangibles à savoir d'une part, la liberté de la presse et, d'autre part, le secret médical et le respect de la vie privée des patients.

Article 5 Le Directoire

Le Directoire est une instance chargée de conseiller et d'assister le Directeur dans la conduite générale de l'établissement. Il est composé de 10 membres depuis 2022 :

- du Directeur, président du Directoire,
- du Président de la Commission Médicale d'Etablissement, vice-Président du Directoire,
- du Président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- de six autres membres nommés par le Directeur :
 - o Quatre médecins sur proposition du Président de la CME
 - o Deux Directeurs-adjoints
 - o D'un membre désigné par le Président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Au Centre Hospitalier Sèvre et Loire, l'ensemble des chefs de service sont membres du Directoire. L'équipe de Direction et les autres acteurs internes sont associés en fonction des questions abordées à l'ordre du jour des séances.

Ses principales attributions sont l'approbation du projet médical, la préparation du projet d'établissement (approuvé par le Conseil de Surveillance), le conseil au directeur en particulier sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses et sur le plan de financement pluriannuel.

Article 6 La Commission Médicale d'Etablissement (CME)

La Commission Médicale d'Etablissement est l'instance chargée de représenter les personnels médicaux et pharmaceutiques de l'établissement. Elle est notamment composée des Chefs de service et des praticiens de l'établissement élus, qui siègent avec voix délibérative. Le Président du Directoire, le Président de la CSIRMT ainsi qu'un représentant du CSE y participent avec voix consultative. Les représentants de la Direction, les internes ainsi que les praticiens non élus sont invités à assister aux séances.

La Commission Médicale d'Etablissement prépare, avec le Directoire, le projet médical et l'organisation médicale en services cliniques et médico-sociaux.

Elle est consultée pour avis sur les projets de délibération soumis au Conseil de Surveillance, sur l'organisation interne de l'établissement et notamment sur la cohérence et la conformité au projet médical de l'organisation en services, sur la gestion prévisionnelle des emplois et compétences, sur la convention constitutive du GHT, le projet médical, le règlement intérieur de l'établissement...

Elle se prononce sur le plan d'équipement biomédical, le plan de formation des personnels de l'établissement ainsi que sur le plan de formation professionnelle continue des médecins.

Le Président de la CME est par ailleurs chargé de coordonner la prise en charge des patients à l'hôpital, ce qui confère à la Commission Médicale d'Etablissement une responsabilité particulière dans le cadre de la définition de la politique d'amélioration continue de la qualité des soins de l'établissement, notamment en ce qui concerne :

- les risques liés aux soins (infections nosocomiales, iatrogénie médicamenteuse, événements indésirables) ;
- la vigilance sur la sécurité sanitaire ;
- la politique du médicament et des dispositifs médicaux ;
- la prise en charge de la douleur ;
- le DPC médical, pharmaceutique.

Pour cela, la CME a nommé :

- un médecin coordonnateur des risques associés aux soins
- un pharmacien responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse
- un référent antibiotique

- des correspondants médicaux sur les vigilances sanitaires telles que : hémovigilance et sécurité transfusionnelle, matériovigilance, pharmacovigilance, identitovigilance
- des médecins référents en charge du pilotage de commissions/groupes de travail sur des thématiques de prises en charge médicale (ex. douleur, soins palliatifs, urgences, ...).

La commission médicale d'établissement met en place une commission d'organisation de la permanence des soins (COPS).

➤ La Commission d'Organisation de la Permanence des Soins (COPS)

La commission comprend :

- Le directeur ou son représentant assisté du collaborateur de son choix,
- Le président de la commission médicale d'établissement ou son représentant,
- Des personnels médicaux, dont le nombre et les modalités de désignation, ainsi que celles du président de la commission, sont arrêtés par la commission médicale d'établissement. Parmi ces représentants, la moitié au moins devra être des praticiens accomplissant des permanences de nuit, de samedi après-midi, de dimanche et de jours fériés sous forme d'astreinte.

Cette commission :

- Définit annuellement avec le directeur l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité dans la limite des budgets alloués à ce titre,
- Donne son avis sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la permanence des soins, en s'assurant notamment d'une répartition équilibrée des permanences entre les praticiens,
- Donne son avis sur les conventions de coopération prévues à l'article 3 de l'arrêté du 30 avril 2003 (organisation d'astreintes entre plusieurs établissements),
- Établit un bilan annuel de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins qu'elle adresse au directeur ainsi qu'au président de la commission médicale d'établissement.

Article 7 Le Comité Social d'Etablissement (CSE) et La Formation Spécialisée en Santé, Sécurité et Conditions de Travail (FSSSCT) du Comité Social d'Etablissement

➔ Le Comité Social d'Etablissement (CSE)

Le Comité Social d'Etablissement est l'instance chargée de représenter les personnels non-médicaux. Il est présidé par le Directeur et est composé de membres du personnel, élus au suffrage universel tous les quatre ans sur des listes présentées par les organisations syndicales.

Le CSE est consulté sur :

- le règlement intérieur de l'établissement,
- le plan de redressement mentionné à l'article L.6143-3 du Code de la Santé Publique,
- le plan global de financement pluriannuel,
- l'accessibilité des services et la qualité des services rendus à l'exception de la qualité des soins et des questions qui relèvent de la compétence de la commission médicale d'établissement, de la commission des usagers et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques,
- les conditions et l'organisation du travail,
- les projets de réorganisation de service,
- les projets d'aménagements importants modifiant les conditions de santé, de sécurité et les conditions de travail lorsqu'ils s'intègrent dans le cadre d'un projet de réorganisation de service,
- la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la politique générale de formation du personnel,
- les projets de délibération soumis au Conseil de surveillance,
- les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- les politiques d'égalité professionnelle et de lutte contre les discriminations ;
- les projets de lignes directrices de gestion (LDG) relatives à la stratégie pluriannuelle de pilotage des ressources humaines, aux orientations générales en matière de promotion et de valorisation des parcours professionnelles.

Le CSE est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs de l'établissement.

Chaque année, le CSE débat sur la programmation des travaux de l'instance et l'évolution des politiques des ressources humaines lors de la présentation du rapport social unique.

Seul le CSE est consulté sur un projet qui s'intègre dans une réorganisation de service mais également sur toute question ou projet relevant de ses attributions et qui aurait pu également relever de la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail.

→ La Formation Spécialisée en Santé, Sécurité et Conditions de Travail (FSSSCT) du Comité Social d'Établissement

La Formation Spécialisée en Santé, Sécurité et Conditions de Travail, présidée par le Président du CSE ou son représentant, comporte des représentants des personnels non-médicaux et médicaux, ainsi que des membres à voix consultative (exemple : médecin du travail). Les agents de contrôle de l'inspection du travail sont informés de toutes les réunions de la formation spécialisée du comité social d'établissement et peuvent y siéger. Ils n'ont pas le droit de vote.

La Formation Spécialisée examine les questions relatives à la protection de la santé physique et mentale, à l'hygiène, à la sécurité des agents dans leur travail, à l'organisation du travail, au télétravail, aux enjeux liés à la déconnexion et aux dispositifs de régulation des outils numériques, à l'amélioration des conditions de travail et aux prescriptions légales y afférentes.

La Formation Spécialisée est consultée sur :

- les projets d'aménagements importants modifiant les conditions de santé ou de sécurité ou les conditions de travail lorsque ces projets ne s'intègrent pas dans une réorganisation de service lesquels sont alors examinés directement et exclusivement par le CSE ;
- les projets importants d'introduction de nouvelles technologies.
- sur la mise en œuvre des mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail et des travailleurs handicapés.

La Formation Spécialisée rend un avis sur :

- le rapport annuel faisant état de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail (inclus dans le rapport social unique)
- le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail

La Formation Spécialisée examine le rapport annuel établi par le service de santé au travail (inclus au rapport social unique) et a accès aux informations relatives à la santé la sécurité et aux conditions de travail contenues dans le rapport social unique. Les représentants de cette formation spécialisée peuvent exercer un droit d'alerte en cas de danger grave et imminent au registre prévu à cet effet.

La Formation Spécialisée est réunie dans les plus brefs délais à la suite de tout accident ayant entraîné ou ayant pu entraîner des conséquences graves.

Article 8 Les Commissions Administratives Paritaires Locales (CAPL)

Les Commissions Administratives Paritaires Locales constituées au Centre Hospitalier Sèvre et Loire sont composées paritairement de membres désignés par le Conseil d'Administration et de membres élus tous les quatre ans par les personnels non-médicaux.

Elles sont compétentes pour les questions relatives aux situations individuelles des agents tels que :

- Refus de titularisation et licenciement,
- Refus de congé pour formation syndicale,
- Refus de congé de formation à l'hygiène et la sécurité à un fonctionnaire représentant du personnel au comité social,
- Renouvellement ou non renouvellement du contrat d'embauche d'un fonctionnaire handicapé,
- Refus pour la 2e fois d'une demande de préparation à un concours,
- Refus d'une période de professionnalisation,
- Refus pour la 3e fois d'une demande de congé de formation professionnelle,
- Dispense de l'obligation de servir à la fin d'un congé de formation professionnelle,
- Refus d'une disponibilité,
- Refus de temps partiel, litige relatif aux conditions de travail à temps partiel,
- Refus d'une démission,
- Demande de révision du compte rendu d'entretien professionnel annuel, ...

Elles sont également consultées, en formation disciplinaire, sur les projets de sanction disciplinaire des 2^{èmes}, 3^{èmes} et 4^{èmes} groupes à l'égard des fonctionnaires.

En cas d'impossibilité d'organiser des Commissions Administratives Paritaires Locales, les situations sont transférées en Commission Administratives Paritaires Départementales

Article 9 La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques est élue pour 4 ans. Elle est présidée par le Coordonnateur général des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique. Elle est composée de 13 personnels soignants relevant des disciplines précitées ainsi que d'un représentant de la CME.

La CSIRMT est consultée pour avis, lors d'un vote en séance sur :

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

Elle est informée sur :

- Le règlement intérieur de l'établissement
- La mise en place de la procédure prévue à l'article L6146-2 sur le contrat conclu entre les professionnels participant aux missions de l'établissement et l'établissement de santé
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

Article 10 La Commission des Usagers et les Conseils de la Vie Sociale

➤ La Commission des Usagers (CDU)

La Commission des Usagers dispose de compétences dans les domaines suivants :

- politique d'accueil, de prise en charge, d'information et de respect des droits des usagers,
- organisation des parcours de la politique qualité et sécurité,
- événements indésirables graves (EIG) et actions menées par l'établissement pour y remédier,
- observations des associations de bénévoles dans l'établissement,
- projet des usagers,
- réclamations déposées par les usagers ainsi que des suites qui leur sont données,
- analyse des plaintes et réclamations.

La présidence ou la vice-présidence de la commission peut être assurée par un représentant des usagers.

Les représentants des usagers tiennent quelques permanences à proximité de l'accueil des deux sites hospitaliers.

➤ Les Conseils de la Vie Sociale (CVS)

Le Conseil de la Vie Sociale est une instance élue par les résidents et les familles. Le Centre Hospitalier Sèvre et Loire dispose de trois CVS, EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), MAS et Domiciles Collectifs.

Composé de représentants des résidents et des familles, de l'établissement et de représentants du personnel, le Conseil de la Vie Sociale donne son avis et fait des propositions sur toutes les questions liées au fonctionnement de l'établissement : qualité des prestations, amélioration du cadre de vie. Son rôle est consultatif.

Il est consulté sur le règlement de fonctionnement et sur le projet d'établissement.

Article 11 Instances relatives à la qualité et à la sécurité des soins

Le Copil Qualité/ Gestion des risques

Instance de gouvernance de la politique qualité et gestion des risques du Centre Hospitalier Sèvre et Loire, le COPIL Qualité/Gestion des risques est composé :

- des membres de la direction,

- du président de la CME,
- de la direction Qualité
- du médecin coordonnateur des risques associés aux soins
- le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse
- d'un représentant du CSE
- d'un représentant des usagers.

Ces missions sont de :

- contribuer par ses avis et observations à définir la politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques du CHSL sur laquelle il est appelé à se prononcer.
- valider les programmes d'action d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de gestion des risques (PAQSS), les présenter aux instances (CME, CSIRMT, CDU,...).
- assurer le pilotage des démarches de certification des unités sanitaires et d'évaluations des unités médico-sociales. Pour cela, il s'appuiera sur les groupes de travail institutionnels existants. Ces groupes sont transversaux au niveau institutionnel mais doivent intégrer les spécificités des secteurs sanitaires et médico-sociaux dans leur démarche.
- participer à la définition du programme de sensibilisation et de formation des professionnels à la gestion des risques et au signalement des évènements indésirables.
- Valider le rapport d'activité annuel de la démarche qualité/risques intégrant le bilan des EIGS déclarés en externe.

Le COPIL Qualité/Risques s'appuie sur une Cellule Qualité/ Gestion Risques, groupe technique et opérationnel, chargée de la mise en œuvre opérationnelle et du suivi de la politique qualité institutionnelle.

SECTION 3 - L'ORGANISATION DES SOINS

Article 12 L'organisation générale des services au Centre Hospitalier Sèvre et Loire

L'établissement est organisé en services cliniques, médico-techniques et médico-sociaux :

- **Médecine**, service situé sur le site labélisé Hôpital de Proximité à Vertou
- **Soins de suite et de réadaptation Vertou**
- **Soins de suite et de réadaptation Loroux-Bottereau**
- **Unités de soins de longue durée** Vertou et Loroux-Bottereau
- **EHPAD Vertou** (Bosquets et Clairières) **et Loroux-Bottereau** (EHPAD Les Jardins de Botterel)
- **MAS (Maison d'Accueil Spécialisée)** située en centre-ville au Loroux-Bottereau
- **Pharmacie**, PUI centrale située sur le site de Vertou

Les Domiciles Collectifs situés à Haute-Goulaine et la Haye-Fouassière ne sont pas constitués en services mais en PUV (petites unités de vie).

Article 13 Les structures internes, services ou unités fonctionnelles

Sur proposition du Président de la Commission Médicale d'Etablissement, le Directeur nomme, pour 4 ans renouvelables, les chefs de service pour le service Médecine, les deux services de Soins de Suite et de Réadaptation et la Pharmacie. Des praticiens peuvent être désignés en qualité de responsable d'unité à la MAS et l'USLD. Les médecins coordonnateurs sont référents pour les EHPAD.

Le praticien, Chef de Service, met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au service en cohérence avec le projet médical et d'établissement.

Article 14 La coordination des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

La Coordination Générale des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques est confiée à un Directeur des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques, membre de l'équipe de direction et nommé par le Directeur. Un Cadre Supérieur de Santé peut être nommé en qualité de faisant fonction de Directeur des soins.

Le Directeur des Soins gère l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Sous son autorité, les Cadres de Santé assurent l'encadrement des équipes paramédicales qui concourent à la prise en soins des patients/résidents. Ils veillent à la bonne réalisation des soins et au bon fonctionnement des unités de soins. Ils mettent en œuvre les recommandations de bonne

pratique et celles issues de la politique qualité et gestion des risques de l'établissement. De même, ils s'assurent de la continuité des soins, y compris la nuit, les week-ends et jours fériés.

Article 15 **Permanence médicale des soins**

Afin de garantir le fonctionnement continu du service hospitalier, la permanence médicale des soins a pour objet d'assurer, pendant chaque nuit et pendant le week-end à partir du samedi après-midi et les jours fériés, la sécurité des patients hospitalisés suivant le protocole arrêté dans l'établissement.

La permanence médicale des soins est organisée sous forme d'astreinte à domicile avec déplacement en service de médecine et sur appel uniquement en services de Soins de Suite et de Réadaptation.

Au niveau de l'EHPAD, de la MAS et des Domiciles Collectifs, en cas de nécessité et en dehors des heures de continuité de service, il est fait appel à SOS Médecins sur le site de Vertou et le Centre 15 sur l'ensemble des sites.

SECTION 4 - LES COOPÉRATIONS ET PARTENARIATS

Le Centre Hospitalier Sèvre et Loire trouve auprès des autres établissements du territoire et du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes les complémentarités indispensables pour répondre aux besoins des patients, des résidents et de leurs familles.

Il est membre depuis 2016 du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de Loire-Atlantique.

Les coopérations avec ces établissements peuvent s'effectuer dans le cadre de groupements de coopération sanitaire, de groupements d'intérêt économique ou dans la cadre de conventions.

Article 16 **Le Groupement Hospitalier de territoire de Loire-Atlantique (GHT 44)**

Issus de la Loi de Modernisation de notre Système de Santé du 26 janvier 2016, les GHT sont de nouvelles formes de coopération entre Etablissements Publics de Santé. Les GHT ont pour objet, entre autres, de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient.

Le Groupement Hospitalier de Territoire de Loire-Atlantique a été créé le 1^{er} juillet 2016. Il est constitué de 13 hôpitaux publics du département. Il regroupe ainsi 5 000 lits et places sanitaires et représente plus de 16 000 professionnels médicaux et non-médicaux.

Le Centre Hospitalier Universitaire de Nantes en est l'établissement support et assure pour le compte des établissements du GHT 44:

- La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un SIH convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein de l'ensemble des établissements membres,
- La gestion d'un département de l'information médicale de territoire,
- La fonction achats,
- La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du GHT et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements adhérents au Groupement.

Des instances de fonctionnement et de concertation auxquelles le Centre Hospitalier participe pleinement, ont, par ailleurs, été mises en place :

- Un comité stratégique,
- Une Commission Médicale de Groupement,
- Un Comité de Direction,
- Un Copil Qualité, Sécurité des Soins
- Une Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques,
- Un Comité Territorial des Elus Locaux,
- Une Conférence Territoriale du Dialogue Social,
- Un Comité des Usagers,

Article 17 **Relations avec les autres acteurs de santé**

➤ Les liens avec les autres établissements de santé

Le Centre hospitalier est en lien avec les établissements publics et privés de la métropole nantaise, du sud et de l'est du département, voir des établissements limitrophes du 44.

Des relations privilégiées se sont développées depuis 2018 avec le CHU de Nantes dans les domaines médicotecniques et d'activités tant sur les secteurs de médecine que de soins de suite et de réadaptation.

➤ Les liens ville-hôpital

Dans le cadre du parcours de soins et avec la création des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) les liens avec les soins de ville comme avec le secteur médico-social vont se renforcer.

De plus, de nombreux réseaux de santé se sont constitués dans la région.

Article 18 **Les associations et bénévoles intervenant dans l'établissement**

Des associations extérieures à l'établissement interviennent au Centre Hospitalier Sèvre et Loire. Si leurs rôles sont diversifiés, elles contribuent chacune à l'amélioration de l'accueil, du parcours de soins et de la prise en charge des patients/résidents, à la qualité des soins dispensés dans l'établissement et ce, en synergie avec les personnels de l'établissement.

Ces associations ainsi que les bénévoles agissent dans le cadre d'une convention signée avec le Directeur qui vient contractualiser leur champ d'intervention et les modalités opérationnelles pour ce faire.

Les représentants du culte interviennent également.

CHAPITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES À LA SÉCURITÉ GÉNÉRALE

SECTION 1 - DISPOSITIONS RELATIVES À LA SÉCURITÉ QUOTIDIENNE

Article 19 Interdiction de consommation d'alcool et autorisations limitatives

Il n'est en aucun cas autorisé de pénétrer ou de demeurer dans l'établissement en état d'ivresse.

✓ 19.1 – Patients et visiteurs :

Les personnels hospitaliers, les bénévoles, les usagers, leurs familles ou proches, ne doivent ni introduire, ni consommer de boissons alcoolisées au sein de l'établissement, y compris sur les parkings.

Il est également interdit à des personnes extérieures d'introduire, de distribuer ou de consommer des boissons alcoolisées, des produits toxiques ou des substances illicites, aux usagers de l'hôpital dans l'enceinte du Centre Hospitalier (espaces à proximité des entrées, parkings, espaces verts...). Cette pratique pourra faire l'objet d'un signalement aux forces de l'ordre.

Le Centre Hospitalier dispose d'un service d'addictologie qui prend en charge les addictions liées à l'alcool ou à un produit. Le service accompagne les personnes hospitalisées vers des soins adaptés et propose des consultations spécialisées, notamment en interne une consultation d'alcoolologie.

✓ 19.2 - Résidents et visiteurs

Sur l'ensemble des secteurs médico-sociaux, les résidents ont la possibilité de consommer de l'alcool avec pondération. L'équipe médicale avec l'aval du médecin de l'unité ou du médecin traitant peut interdire de façon temporaire ou définitif la consommation d'alcool.

Il n'est pas interdit d'apporter de l'alcool dans l'enceinte de l'établissement. Le résident veillera à mettre sous clef les boissons alcoolisées.

✓ 19.3 – Personnel :

Conformément aux dispositions du Code de travail, il est également interdit d'introduire, de distribuer ou de consommer des boissons alcoolisées dans les locaux de travail, comme toute substance illicite.

Le service de santé au travail peut également assurer un suivi pour des problèmes d'addictions qui concerneraient les professionnels hospitaliers.

Les dispositions relatives aux professionnels sont énumérées dans l'article 98 du chapitre V.

Article 20 Respect de la réglementation anti-tabac et de l'interdiction de vapoter

En application de la législation en vigueur et en vue de satisfaire aux obligations de sécurité et de protection des usagers, il est formellement interdit de fumer dans l'ensemble des locaux relevant du Centre Hospitalier. Cette interdiction a été étendue aux cigarettes électroniques depuis le 1^{er} octobre 2017. Par conséquent, et considérant la vocation sanitaire et le devoir d'exemplarité incombant aux établissements de santé, il est également interdit de vapoter dans l'ensemble des locaux du Centre Hospitalier.

Même si les chambres des résidents des EHPAD ou des unités de soins de longue durée, des Domiciles Collectifs et de la Maison d'Accueil Spécialisée sont assimilables à un domicile, l'établissement interdit que les résidents fument ou vapotent dans leur chambre et à l'intérieur de l'établissement.

Le résident pourra fumer à l'extérieur de l'établissement.

L'usage et la détention de produit inflammable sont soumis à la validation de l'équipe médicale.

Le non-respect de ces interdictions expose le contrevenant à une sanction pouvant aller jusqu'à une exclusion.

Les fumeurs ou vapoteurs utiliseront les espaces extérieurs dédiés et aménagés à leur intention (abris fumeur, cendriers...). Ils veilleront à respecter la propreté de ces lieux et à rester éloignés des façades et entrées des bâtiments.

Article 21 **Détention illégale de stupéfiants et produits illicites**

En ce qui concerne la conduite à tenir en cas de détention illégale de stupéfiants par un patient accueilli dans un établissement de santé, le secret professionnel prévaut et il n'y a pas lieu de signaler un patient détenteur de produit stupéfiant illégal aux autorités compétentes.

Toutefois, en pareille situation, les produits stupéfiants illégaux (en l'espèce, les produits non autorisés en France mais également des médicaments stupéfiants détenus illégalement c'est à dire sans ordonnance justificative) présents dans un établissement de santé doivent être remis par la Direction aux autorités compétentes sans que l'identité du patient qui les détenait ne soit révélée, sur déplacement de la gendarmerie.

Article 22 **L'hygiène et prévention des risques infectieux**

Le Centre Hospitalier met en œuvre une politique de prévention des infections associées aux soins, qui passe par le respect très strict des protocoles et procédures relatives à l'hygiène par les différents professionnels.

Une attention particulière doit être accordée à la friction régulière des mains des soignants avec des solutions hydro-alcooliques. (cf article sur la tenue vestimentaire)

Le port des tenues professionnelles permet de contribuer au respect des règles d'hygiène.

Les procédures en vigueur sont regroupées dans la gestion documentaire informatisée de l'établissement.

En cas d'épidémies, une cellule de crise peut être mise en place pour définir des règles supplémentaires de prévention ou de protection.

L'équipe Opérationnelle d'hygiène est chargée du signalement externe (Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire, Centre d'Appui pour la prévention des infections associées aux soins) des infections nosocomiales répondant aux critères.

Article 23 **La prévention des risques professionnels**

Une démarche de prévention des risques professionnels est engagée par l'établissement à travers l'élaboration d'un document unique de recensement des risques professionnels.

Dans le cadre de cette démarche, des protocoles de préventions des risques sont élaborés et doivent être respectés par les professionnels. Des équipements ou matériel de protection sont mis à disposition des professionnels exposés à des risques particuliers (lunettes, gants, lève-personne...). L'utilisation des équipements de protection doit être respectée.

Le port des chaussures adaptées au travail est fortement conseillé pour les agents de soins, mais obligatoire pour les professionnels travaillant dans les cuisines, les services techniques et logistiques afin de limiter les risques de chutes ou d'accident du travail.

Des formations sont proposées sur des thématiques en lien avec la prévention des risques professionnels (exemple : formation à la manutention).

Une démarche de prévention des risques psychosociaux est également engagée. Les responsables de services et cadres doivent être vigilants par rapport aux indicateurs de risques psychosociaux au niveau de leurs équipes.

Article 24 **La sécurité incendie**

Le Centre Hospitalier est doté de systèmes de détection d'incendie. Ses bâtiments équipés de moyen d'extinction, sont conçus pour évacuer les fumées et éviter la propagation des flammes. Les services techniques de l'établissement en lien avec les sociétés de maintenance, exploitent ces moyens techniques et assurent la prévention du risque incendie.

Les usagers et professionnels de l'hôpital doivent respecter les consignes principales suivantes :

- Ne pas mettre d'obstacle à l'accès et au fonctionnement des divers systèmes de sécurité incendie (blocage de porte coupe-feu, obstruction des grilles de désenfumage, encombrement des circulations et des issues de secours...).
- Il est formellement interdit de fumer à l'intérieur des bâtiments,
- L'usage d'équipements électriques (câble, éclairage, chauffage, cuisson, etc.) en dehors des locaux appropriés ou ne répondant pas aux normes en vigueur est prohibé,
- Aucun changement de destination fonctionnelle d'un local (stockage, bureau, chambre, office, etc.) ne peut être réalisé sans l'approbation du département des travaux (évaluation du risque incendie, déclarations administratives, ...)
- En cas d'incendie, suivre les consignes affichées, ne pas utiliser les ascenseurs, se baisser en cas de fumée.

Les professionnels hospitaliers, premiers intervenants en cas d'incendie, ont l'obligation de suivre périodiquement les formations dispensées par le Centre Hospitalier. Le personnel est alors informé des dangers que représentent un incendie, il est préparé à l'exécution des consignes en vue de limiter l'action du feu et à la mise en sécurité des patients et des usagers, enfin il est entraîné à l'utilisation des moyens d'extinction.

Le Service Départemental d'Incendie et de Secours peut requérir l'organisation d'exercices incendie et d'évacuation en situation réelle.

Article 25 La sécurité technique

La Direction des services logistiques et techniques est chargée de veiller à la sécurité des usagers, des bâtiments et des installations techniques. Les services informatiques et techniques assurent cette mission. Ils sont sollicités, en heures ouvrées, de préférence par l'intermédiaire des applications de demande d'intervention selon les procédures en vigueur.

Des astreintes de techniciens permettent d'intervenir 24H/24 et 7 jours sur 7 pour effectuer les réparations urgentes nécessaires à la continuité de l'activité du Centre hospitalier.

Les domaines couverts sont l'électricité, la plomberie, le génie-thermique, les équipements biomédicaux et l'incendie. Les interventions urgentes, hors heures ouvrées, sont demandées auprès des agents d'astreinte technique dont le planning est communiqué aux services mensuellement.

Article 26 La sécurité informatique

Le Centre Hospitalier Universitaire de Nantes en tant qu'établissement support du GHT est en lien avec un correspondant Sécurité du Système d'Information (CSSI) nommé par le Directeur du Centre Hospitalier.

L'établissement support est en effet responsable de la mise en œuvre de la conformité de la sécurité du système d'information, chaque établissement étant, à travers son Directeur, responsable de la sécurité de son système d'information et de ses équipements utilisant les technologies d'information et de communication.

A ce titre, le Directeur de l'établissement support est garant, en particulier :

- Du respect de la Politique de Sécurité du Système d'Information de Territoire;
- Des processus permettant de recueillir et de traiter les alertes de cyber-sécurité (Agence Nationale de Sécurité des Systèmes d'Information, Direction Générale de l'Offre de soins, etc.) ;
- Des moyens pour évaluer les risques et assurer de façon proportionnée la protection de la Sécurité du Système d'Information ;
- Des processus de gestion de crise en cas d'incident grave ;
- Des processus de déclaration des incidents cyber-sécurité auprès de l'Agence du numérique en santé avec le concours du responsable sécurité des systèmes d'information de territoire ;
- De l'information et de la sensibilisation des utilisateurs aux bonnes pratiques en matière de cyber-sécurité.

Dans le cadre des usages du système d'information, une charte d'utilisation du système d'information destinée aux utilisateurs des équipements informatiques a été rédigée.

Une décision du Directeur précise les modalités d'habilitation des droits utilisateurs, celle-ci est affichée sur les panneaux d'affichage des différents sites.

Par utilisateurs, on entend les personnels ainsi que tous les intervenants externes (étudiants, prestataires, partenaires, etc.) dûment habilités par le Centre Hospitalier auxquels sont mis à disposition des accès au système d'information ou des équipements utilisant les technologies d'information et de communication.

Article 27 La protection des données à caractère personnel

Les processus métiers et processus supports du Centre Hospitalier nécessitent la collecte et le traitement de données personnelles des usagers et de ses collaborateurs.

Ces pratiques sont encadrées par le Règlement Général de Protection des Données (RGPD) dont le Directeur de l'établissement est garant. Il est responsable de la mise en œuvre de la conformité au Règlement Général de Protection des Données (RGPD) dans son établissement. Le champ d'application du RGPD concerne tous les types de traitements de données personnelles, qu'ils soient informatisés ou pas. La mise en conformité au RGPD est pilotée par le Délégué à la Protection des Données (DPD ou DPO), nommé par le Directeur auprès du GHT 44.

En particulier, le Directeur agit en :

- déléguant aux responsables opérationnels de traitements (directeurs fonctionnels, DIM, Chef de services), la tenue de la cartographie des traitements relevant de leur domaine et veillant à la collecte des données personnelles limitée au strict nécessaire (périmètre, analyse des risques, sécurisation, durée de conservation) ;
- donnant une information claire aux personnes concernées sur l'usage des données personnelles (usagers, collaborateurs, etc.), sur leurs droits d'accès à ces données et sur les modalités permettant d'exercer ces droits ;
- mettant en place les processus et moyens de déclaration des incidents de violation de données personnelles auprès des personnes concernées et de la Commission Nationale Informatique et Libertés;
- organisant les actions de formation permanentes auprès des personnels en charge de collecter et de traiter des données personnelles ;
- arbitrant sur les actions de mise en conformité aux obligations actuelles et à venir, sur l'allocation des moyens y afférent, en tenant compte de leurs priorités.

Article 28 Le traitement informatique des données nominatives

Pour l'exécution de ses missions de service public, le Centre Hospitalier dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des patients et des agents, à assurer la facturation des actes et la télétransmission des feuilles de soins aux caisses de sécurité sociale et le suivi de l'activité. Ces traitements automatisés de données à caractère personnel relatives aux usagers comme aux personnels respectent la réglementation en vigueur et ne sont accessibles qu'au personnel de l'établissement sous certaines conditions, lui-même soumis au secret professionnel ou médical.

Article 29 Sécurité anti-malveillance/vidéosurveillance

Les faits de délinquance ou de malveillance perpétrés à l'intérieur des bâtiments ou de l'enceinte hospitalière engagent la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non.

Il est strictement interdit aux usagers d'enregistrer, de filmer ou de photographier les professionnels et usagers à leur insu.

Les usagers, visiteurs ou personnels victimes de faits de délinquance ou malveillance doivent porter plainte en leur nom. La direction de l'hôpital ne peut porter plainte que pour les dommages subis par l'établissement lui-même (exemple : dégradation de locaux ou matériels lui appartenant).

Le Centre Hospitalier assure en revanche la protection juridique des professionnels hospitaliers qui auraient été victimes de menaces, violences, injures, diffamation (il prend en charge les frais d'avocat). Il peut dans certains cas porter à la connaissance du procureur de la République des faits de violence à l'égard des professionnels afin de solliciter l'intervention de la justice.

Sous réserve de ce qui est rappelé ci-dessus, le Centre Hospitalier mène des actions de prévention et de renforcement de la sécurité pour prévenir les risques de malveillance.

Les bâtiments sont équipés d'un système de vidéosurveillance, qui permet de faciliter l'identification d'éventuels délinquants. L'établissement respecte la réglementation en vigueur concernant l'utilisation de ces images et leur mise à disposition des forces de l'ordre dans l'éventualité d'un enregistrement.

Le Centre Hospitalier dispose également d'un référent Sûreté/Sécurité chargé de veiller à la bonne application des dispositions du plan de sécurisation de l'établissement.

Les usagers sont invités à signaler aux personnels hospitaliers tout événement suspect qui pourrait faire redouter la survenue d'actes de malveillance. Les professionnels en informent alors leur supérieur hiérarchique. Celui-ci porte les faits à la connaissance du service de sécurité et de la Direction, pour connaître la conduite à tenir.

Les usagers sont invités à prendre le maximum de précautions pour éviter le vol de leurs biens et valeurs. Ils sont fortement invités à déposer leurs objets de valeurs et sommes d'argent importantes au coffre de l'établissement. Le Centre Hospitalier n'est pas responsable des vols d'objets ou valeur sauf en cas de dépôt au coffre ou si une faute de l'établissement peut être prouvée.

SECTION 2 - PLANS DE GESTION DE CRISE ET DES SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES (SSE)

Le Centre Hospitalier Sèvre et Loire a mis en place une organisation interne générique et structurée pour lui permettre de répondre à tout type d'événement susceptible de l'impacter. Ce dispositif consiste à déclencher une cellule de crise et des mesures graduées en fonction de la situation. Deux niveaux de montée en puissance existent :

- Le plan blanc
- Le plan bleu

Un plan de gestion de crises est actualisé en continu par la direction, un médecin référent à la gestion de crise et le service qualité/gestion des risques.

Article 30 Le plan blanc

L'activation du plan blanc permet de mobiliser toutes les capacités de l'établissement (moyens humains et logistiques) dans le cadre d'une organisation spécifique et permettant d'assurer la prise en charge des patients lors d'événements graves et/ou inhabituels, (notamment les risques nucléaires, radiologiques, biologiques, pandémiques, chimiques, dits « risques NRBC »). Ce dispositif doit assurer la continuité et la qualité des soins des patients non directement impliqués dans l'événement, par la mobilisation au plus juste des ressources nécessaires. Il permet aussi de préserver la sécurité des patients et des personnels (ex. afflux de victimes potentiellement contaminées). Une annexe spécifique est dédiée à la prise en charge des victimes d'attentats.

Le déclenchement du plan blanc est prononcé par le Directeur ou en son absence par l'administrateur de garde. En cas de déclenchement, le Préfet de Département et le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé sont informés sans délai de cette décision.

Article 31 Le Plan bleu

Certaines situations sont déjà couvertes par des procédures spécifiques en place présentes dans le plan blanc.

Article 32 Politique global de sécurité de l'établissement

Le Centre hospitalier élabore, développe et met en œuvre une politique globale de sécurité, pilotée par l'Agence Régionale de Santé au niveau régional, et réalisée en lien avec le préfet, les collectivités territoriales et les forces de sécurité intérieure.

Confronté à diverses formes de violence, le Centre Hospitalier se doit de rechercher les moyens d'assurer dans son enceinte la sécurité des personnes et des biens. De plus, le contexte de menace terroriste impose une vigilance accrue et nécessite la mise en œuvre effective de mesures de sûreté.

Elle s'articule autour des mesures principales suivantes :

- l'élaboration d'un plan de sécurité d'établissement (PSE), comprenant un volet de mesures globales liées à la protection de l'établissement intégrant les mesures du plan Vigipirate et un volet de «gestion de crise» traitant des mesures immédiates à mettre en œuvre en cas de survenance d'un attentat,
- l'actualisation de la convention « santé-sécurité-justice »,
- la mise en place de mesures de prévention et de sensibilisation aux risques liés au phénomène de radicalisation,
- la prise en compte de la sécurité des systèmes d'information et notamment des menaces et des risques d'atteinte aux informations conservées sous forme numérique (Virus, cyber-attaque, etc.),
- la sensibilisation et la formation des professionnels et des usagers sur leur rôle en matière de vigilance, de prévention et de conduite à tenir en cas d'attentat,
- le suivi des actes de malveillance ou de violence, et leur signalement à l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS)

SECTION 3 - ACCES AUX SITES ET REGLES DE CIRCULATION/STATIONNEMENT

Article 33 Accessibilité pour les personnes à mobilité réduite

La majorité des bâtiments et locaux du Centre hospitalier sont entièrement accessibles aux personnes à mobilité réduite. Des places réservées sont identifiées sur tous les parkings du Centre hospitalier.

Pour faciliter les déplacements des patients, le service d'accueil met à leur disposition des fauteuils roulants aux entrées principales de l'établissement.

Conformément aux obligations règlementaires, les derniers bâtiments, dont l'accessibilité (locaux, voiries, parkings, etc.) n'est pas complète, sont mis aux normes dans le cadre d'un programme d'aménagement (ADAP).

Article 34 Application du Code de la route

Toutes les dispositions du Code de la route sont applicables dans l'enceinte du Centre Hospitalier. Elles doivent être respectées, ainsi que les règles élémentaires de sécurité et de civisme.

La vitesse y est limitée à 30Km/heure maximum ou à certaines vitesses inférieures dans des secteurs délimités. Les conducteurs de véhicules sont tenus d'éviter les comportements générateurs de bruit.

L'utilisation des véhicules de l'établissement est strictement conditionnée par la détention d'un permis de conduire adapté et en cours de validité. Le conducteur doit s'assurer qu'il peut conduire sans danger pour lui et autrui.

Tout déplacement en utilisant un véhicule de service doit être justifié par un ordre de mission permanent ou temporaire.

L'autorisation de circuler et de stationner est une simple tolérance de l'établissement. Elle ne saurait engager la responsabilité de l'établissement en cas d'accident de la circulation, de vol de véhicule ou de dégradation.

Les professionnels de l'établissement sont tenus de s'acquitter du paiement des contraventions reçues pour infraction au code de la route, lors de l'utilisation d'un véhicule de service. Celles-ci ne sont pas prises en charge par l'établissement.

Article 35 Règles de stationnement

Les voies de desserte établies dans l'enceinte des sites relevant du Centre Hospitalier constituent des dépendances du domaine public de l'établissement. A ce titre, elles sont strictement réservées à la circulation du personnel et des usagers.

Afin de garantir la fluidité attendue de la circulation ainsi que la vacuité des accès des véhicules de transport sanitaire et de secours ou de service, le stationnement est interdit en dehors des emplacements matérialisés.

Des aires de stationnement sont exclusivement réservées : personnes à mobilité réduite, personnels habilités, véhicules de transport sanitaire ou de service. Des emplacements destinés à accueillir les vélos et les motos sont également disponibles sur les différents sites relevant du Centre Hospitalier Sèvre et Loire.

Article 36 Poursuites possibles en cas de non-respect des règles

La Direction du Centre Hospitalier se réserve le droit de faire appel aux forces de l'ordre, ou de faire déplacer elle-même, sans mise en demeure préalable, les véhicules dont le stationnement entraverait la circulation des personnes ou des biens et, de manière générale, compromettrait la sécurité ou le fonctionnement du service public hospitalier. Il en est de même pour tout véhicule abandonné ou à l'état d'épave, après avoir avisé le propriétaire par lettre recommandée avec accusé de réception.

SECTION 4 - RAPPORT AVEC LES AUTORITES DE POLICE ET AVEC L'AUTORITE JUDICIAIRE

La Direction de l'hôpital est chargée de gérer les relations avec les forces de police et de justice.

Cette mission est assurée par le Directeur pendant les heures ouvrables du lundi au vendredi, hors jours fériés. En son absence ou en dehors des heures ouvrables, elle est assurée par l'administrateur de garde.

Les réquisitions adressées par la police et la justice doivent être transmises au représentant de la Direction, qui vérifie que les règles de droit sont bien respectées et organise la transmission des informations demandées.

L'audition de patient ou résident n'est soumise à aucune autorisation ni accord préalable de l'établissement qui doit toutefois en être informé. Néanmoins, elle doit au préalable faire l'objet d'une vérification par un médecin que l'état de santé de la personne à auditionner est compatible avec l'opération projetée.

Une convention de coopération entre le Centre Hospitalier, le Commissariat de police, la gendarmerie et le Tribunal de Nantes a été signée. Elle permet de préciser les modalités pratiques à respecter dans les relations entre l'hôpital et les autorités de police et de justice, dans l'objectif de renforcer la sécurité des biens, des usagers et des professionnels de l'établissement (traitement de toutes les formes de malveillance, maltraitance, prévention du risque terroriste, etc.). Une réunion annuelle est organisée en présence des représentants des différents signataires pour réaliser une évaluation des rapports hôpital/police/justice.

CHAPITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS

(Les dispositions relatives aux résidents des EHPAD et USLD sont définies dans le règlement de fonctionnement de l'EHPAD et USLD, celles relatives aux résidents de la MAS dans le règlement de fonctionnement de la MAS, et celles relatives aux résidents des Domiciles Collectifs dans le règlement de fonctionnement des Domiciles Collectifs)

Le Centre Hospitalier a pour mission et devoir d'accueillir en consultation, comme en hospitalisation, tous les patients dont l'état exige des soins hospitaliers, sans discrimination, dans la limite des activités établies dans l'établissement.

L'accueil des patients et des accompagnants est assuré, à tous les niveaux, par un personnel formé et préparé à cette mission.

Les personnels agissent dans le souci du patient, ils sont attentifs à ses besoins et à ses demandes, respectent ses choix et ses refus. Ils mettent en œuvre des actions qui rendent concrètes et effectives la mise en œuvre des droits du patient et l'amélioration de sa vie au quotidien.

Le Centre Hospitalier veille en toutes circonstances à la prévention, au diagnostic et au dépistage de la maltraitance, y compris dans ses formes non intentionnelles ou passives.

SECTION 1 - ACCUEIL CONSULTATIONS ET ADMISSIONS DES PATIENTS - Dispositions Générales

Article 37 Principe du libre choix du patient

Le droit du patient au libre choix de son praticien, de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève de soins palliatifs 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 du centre hospitalier. Les patients ne peuvent, à raison de leurs convictions, récuser un agent ou la présence d'autres usagers, ni exiger une adaptation du fonctionnement du centre hospitalier.

Article 38 Pièces justificatives pour l'admission

Le patient est tenu de présenter une pièce d'identité et ses justificatifs d'assurance maladie obligatoire et complémentaire sauf dispositions particulières.

Article 39 Accès aux soins des personnes démunies et accompagnement social

Le service social est composé d'assistantes sociales qui ont pour mission de conseiller et d'accompagner les patients et leurs familles dans les différentes démarches. Elles peuvent à ce titre intervenir auprès des organismes sociaux et médico-sociaux pour prévenir ou remédier à toute difficulté sociale ou médico-sociale. Elles peuvent être contactées par l'intermédiaire du cadre de santé du service pour préparer le retour à domicile des patients, régler des problèmes d'ouverture de droit ou de prise en charge financière.

Article 40 Compétence du directeur du centre hospitalier en matière d'admission

Quel que soit le mode d'admission du patient, celle-ci est prononcée par le directeur, sur avis d'un médecin du centre hospitalier. En cas de refus d'admettre un patient qui remplit les conditions requises pour être admis, alors que les disponibilités en lits de l'établissement permettent de le recevoir, l'admission peut être exceptionnellement prononcée par le Directeur de l'Agence Régionale de Santé.

Article 41 Consultations externes

Des consultations médicales sont organisées au sein de l'établissement pour les patients externes. La liste, la localisation et les jours de ces consultations sont accessibles au public sur le site internet de l'établissement ou auprès de l'accueil de l'établissement.

Les tarifs des consultations et actes pratiqués à titre externe sont alignés sur les tarifs applicables aux praticiens médicaux conventionnés. Ils prennent en compte les revalorisations intervenant en cours d'année. Ils sont affichés à la vue du public.

Article 42 L'admission programmée

L'admission peut être programmée. Dans ce cas, le patient est informé préalablement des conditions d'entrée dans l'établissement selon le contexte.

Article 43 Transfert vers un autre établissement

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

Article 44 Refus de soins, d'hospitalisation, sortie contre avis médical

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour obtenir son consentement aux soins.

Tout patient, qui refuse de rester dans l'établissement, signe une attestation traduisant expressément ce refus ; à défaut un procès-verbal document de sortie non autorisée, sauf cas particulier des soins sans consentement du refus, est dressé par l'équipe soignante, avec la signature de plusieurs professionnels, conformément aux procédures internes en vigueur dans l'établissement.

Article 45 Régime commun d'hospitalisation et supplément chambre particulière

Le Centre Hospitalier Sèvre et Loire comporte un régime commun d'hospitalisation.

Lorsque le patient souhaite bénéficier d'une chambre particulière et des avantages associés il doit s'acquitter d'un supplément « chambre particulière ».

Toutefois lorsque l'état d'un patient requiert son isolement en chambre à un lit, le supplément « chambre seule » n'est pas facturé.

Article 46 Frais de séjour

Toute personne a droit à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée lors de son séjour dans l'établissement. Elle reçoit, au plus tard à sa sortie, un document l'informant du montant des frais qu'elle doit acquitter.

Tarifs des prestations

Il existe un tarif par motif d'hospitalisation, facturé par journée de présence, selon des règles spécifiques (cf. chapitre 4).

Forfait journalier

Le forfait journalier est fixé chaque année par arrêté ministériel et représente une participation financière du patient à ses frais de séjour.

Il n'est pas compris dans les tarifs des prestations : il est facturable en sus. Il obéit à des règles particulières de facturation, qui varient suivant les conditions de prise en charge du séjour.

Paiement des frais de séjour

Toute journée d'hospitalisation est facturable. Elle doit être payée au Centre hospitalier par le patient ou par un tiers payeur. Dans le cas où les frais de séjour des patients ne sont pas pris en charge par un organisme d'assurance maladie ou par tout autre organisme, les intéressés ou, à défaut leur famille ou un tiers responsable, doivent souscrire un engagement de payer les frais de séjour dès l'admission.

En cas de non-paiement des frais de séjour, la Direction générale des finances publiques (Trésor Public) exerce pour le Centre hospitalier des poursuites contre les patients, contre leurs débiteurs ou contre les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

Prestations proposées aux accompagnants

Les frais d'hébergement et de repas engagés par le Centre Hospitalier pour les personnes accompagnant les patients hospitalisés sont facturables sur la base d'un tarif forfaitaire fixé chaque année.

Des espaces familles sont mis à disposition sur tous les sites de l'établissement.

Un lit ou fauteuil est mis à disposition pour l'accompagnement d'une personne assistant un patient en fin de vie.

Les bénéficiaires des différents régimes de sécurité sociale et de l'aide médicale de l'Etat fournissent, lors de leur admission, tous les documents nécessaires à l'obtention par l'établissement de la prise en charge de leurs frais d'hospitalisation par l'organisme de sécurité sociale dont ils relèvent.

Si le patient dispose d'une assurance complémentaire et présente un justificatif d'affiliation, le Centre Hospitalier sollicite cet organisme pour le règlement direct du ticket modérateur. Certaines garanties privées n'offrent pas de possibilité de tiers payant et le patient devra effectuer l'avance des frais pour ensuite être remboursé.

Si le patient n'a pas de couverture sociale ou si ses revenus ne lui permettent pas de payer tout ou partie des frais d'hospitalisation, il peut solliciter le service d'action sociale de son organisme d'assurance maladie. En cas de besoin ou d'évocation d'insolvabilité, le secrétariat médico-administratif doit l'orienter vers le service social du Centre hospitalier en signalant ses difficultés dès l'admission.

SECTION 2 - ADMISSIONS - DISPOSITIONS PARTICULIERES

Article 47 Le respect de la confidentialité

Les hospitalisés peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée, par téléphone ou de toute autre façon, sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé.

Il faut le signaler, lors de son arrivée, et l'information doit être inscrite dans le dossier patient afin qu'elle soit respectée par l'ensemble des professionnels.

En l'absence d'opposition du patient, les informations d'ordre médical ne peuvent être données aux proches que par les médecins dans les conditions définies par le code de déontologie ; les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis par les cadres de santé ou par l'équipe soignante aux membres de la famille.

Article 48 Dispositions relatives aux militaires, victimes de guerre et victimes d'actes de terrorisme

Admission des militaires : les militaires, malades ou blessés, ne peuvent pas, en principe, être hospitalisés au sein du Centre hospitalier, sauf en cas d'urgence ou s'ils sont expressément transférés d'un hôpital militaire. L'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, doit être signalée aux autorités militaires. Dès que l'état de santé de l'hospitalisé le permet, celui-ci est transféré vers l'hôpital militaire le plus proche.

Admission des bénéficiaires de l'article L.115 du Code des pensions militaires, d'invalidité et des victimes de guerre: les bénéficiaires de l'article L. 115 dudit code sont tenus de laisser leur carnet de soins gratuits à la disposition de l'administration de l'établissement pendant la durée de leur hospitalisation.

Les personnes blessées lors d'un acte de terrorisme. et les proches parents d'une personne décédée ou blessée lors d'un tel acte, bénéficient de la prise en charge intégrale des soins médicaux et/ou des consultations de suivi psychiatrique en lien avec cet évènement.

Article 49 **Protection juridique des majeurs**

Les questions relatives aux personnes placées sous un régime de protection judiciaire et hospitalisées dans l'établissement sont administrées dans les conditions prévues par la loi.

Article 50 **Etrangers**

Les étrangers sont admis au Centre Hospitalier Sèvre et Loire dans les mêmes conditions que les ressortissants français, à savoir le paiement du forfait journalier et des frais de séjour.

Les étrangers ressortissant d'un état membre de l'Union Européenne bénéficient des mêmes droits que les assurés sociaux français sous réserve du justificatif de leurs droits à l'assurance maladie obligatoire dans leur pays d'origine.

Pour les personnes étrangères qui ne parlent pas le français, il est possible de demander l'intervention d'un traducteur.

Article 51 **Admission des patients toxicomanes**

Les toxicomanes qui se présentent spontanément dans un établissement afin d'y être traités peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants. Ces personnes peuvent demander aux médecins qui les ont traitées un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement.

L'admission et le départ des personnes auxquelles l'autorité judiciaire ou l'autorité sanitaire ont enjoint de se soumettre à une cure de désintoxication, interviennent dans les conditions fixées au le plan réglementaire.

SECTION 3 - CONDITIONS DE SEJOUR

Article 52 **Accueil/ livret d'accueil**

Dès son entrée dans l'établissement ou au moment de la planification de son séjour, chaque patient reçoit le livret d'accueil contenant toutes les informations pratiques qui lui seront utiles pendant son séjour.

Article 53 **Information du patient/ personne de confiance**

Les patients doivent être informés des traitements et soins proposés. Pour tous les actes médicaux, le patient ou son représentant doit avoir été averti préalablement de leurs risques et de leurs conséquences.

Les médecins reçoivent les familles des hospitalisés soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à leur connaissance.

Les familles sont informées lorsque l'état de santé du patient justifie le déclenchement de l'instruction d'une mesure de protection des majeurs.

Le patient a la possibilité de désigner une personne de confiance. Cette personne sera consultée au cas où le patient serait dans l'impossibilité d'exprimer une volonté ou de recevoir l'information le concernant. Cette désignation est faite par écrit lors de l'admission et est révocable à tout moment. Si le patient le souhaite, cette personne de confiance peut l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions et de l'accompagner dans son parcours. La personne de confiance doit être consultée lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et que le médecin envisage, dans le cadre de la procédure collégiale prévue par la loi, de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la prolongation artificielle de la vie.

La personne de confiance ne peut toutefois pas obtenir communication du dossier médical du patient. De plus, si le patient souhaite que certaines informations ne soient pas communiquées, elles demeureront

confidentielles, quelles que soient les circonstances. Si le patient n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté, seules les informations jugées nécessaires pour retraduire ce qu'il aurait souhaité seront communiquées à la personne de confiance.

Ces dispositions ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée ; le patient concerné ne pouvant pas désigner une personne de confiance. En revanche, si la désignation de la personne a été faite antérieurement à la mesure de tutelle, le juge des tutelles peut, soit confirmer la mission de cette personne, soit révoquer sa désignation.

Le majeur sous curatelle ou sous sauvegarde de justice peut, quant à lui, désigner sa personne de confiance.

Article 54 **Consentement aux soins - dispositions générales**

Le patient prend avec les professionnels de santé et compte-tenu des informations et des préconisations qu'ils lui fournissent les décisions concernant sa santé.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sur le patient sans son consentement libre et éclairé, ni sans celui du titulaire d'une mesure de protection juridique.

Ce consentement peut être retiré à tout moment.

Un consentement spécifique est prévu pour certains actes, tel que dépistage des maladies contagieuses, prélèvements, recherches biomédicales, ...

Les prélèvements d'éléments de produits du corps humain ne peuvent être pratiqués que dans les cas et les conditions prévus par la loi.

Article 55 **Consentement aux soins : dispositions relatives aux patients hors d'état d'exprimer leur volonté**

Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ni investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que le représentant légal, la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un de ses proches n'ait été consulté.

Article 56 **Horaires et conditions de visite**

Les visites au sein du Centre Hospitalier Sèvre et Loire sont recommandées l'après-midi, entre 13H00 et 20H30, pour ne pas gêner le fonctionnement du service. Des aménagements d'horaires de visite sont possibles au cas par cas dans des situations particulières (fin de vie...), avec l'accord du chef de service concerné.

Elles peuvent être limitées ou interdites pour des raisons médicales ou de situation sanitaire exceptionnelle. Les visiteurs doivent être en nombre raisonnable, notamment dans les chambres à deux lits afin de ne pas gêner le voisin de chambre.

- Recommandations aux usagers

Les usagers ne doivent pas troubler le repos des patients, ni gêner le fonctionnement des services.

Il est demandé aux patients d'utiliser avec discrétion des appareils de radio, de télévision ou téléphones portables, d'éviter les conversations trop bruyantes, de rester courtois avec les autres patients, les visiteurs et le personnel. Toute agression physique ou verbale envers le personnel hospitalier est passible de poursuites judiciaires.

Les visiteurs peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des patients ou des salles d'hospitalisation pendant l'exécution des soins ou examens pratiqués sur les patients.

Les visiteurs doivent respecter les règles d'hygiène élémentaires ainsi que celles préconisées par les équipes soignantes et, en premier lieu, le respect du lavage des mains.

Ils doivent également respecter la propreté des locaux. Aucune dégradation et aucun acte d'incivilité ne saurait être toléré.

Les patients peuvent demander à l'établissement de ne pas permettre les visites aux personnes qu'ils désignent.

Les visiteurs doivent garder une tenue correcte, et respecter strictement l'interdiction de fumer ou de vapoter.

Il est interdit aux visiteurs d'introduire, dans les chambres des patients, des médicaments, sauf accord exprès du médecin en charge du patient, et, dans tous les cas, des boissons alcoolisées ou des produits toxiques, de quelque nature qu'ils soient. Les visiteurs doivent s'abstenir de remettre aux patients des denrées ou des boissons, même non alcoolisées, incompatibles avec leur régime alimentaire.

Lorsque le visiteur ne respecte pas ces obligations, le personnel hospitalier peut interrompre immédiatement la visite et le directeur peut décider de son expulsion et lui interdire de manière temporaire ou permanente l'accès à l'établissement de soins en tant que visiteur. Les visiteurs qui causent des désordres peuvent être priés de quitter l'établissement, avec le concours éventuel des forces de police.

Les animaux domestiques, à l'exception des chiens-guides d'aveugles, ne peuvent être introduits dans les services sanitaires du Centre Hospitalier.

Les hospitalisés et les visiteurs veillent à respecter le bon état des locaux et objets qui sont à leur disposition. En cas de dégradation, sciemment commise, l'établissement peut porter plainte auprès du Procureur de la République. Le montant des dégradations commises par un patient ou visiteur lui sera facturé.

Article 57 Interdiction d'accès aux démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs

La présence de journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'est pas autorisée dans les services hospitaliers, sauf autorisation écrite donnée par le Directeur. S'ils pénètrent, sans autorisation écrite du directeur, dans les chambres et les locaux hospitaliers dans l'intention d'y exercer leur activité, ils doivent être immédiatement exclus.

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

Article 58 Associations de bénévoles

Le Centre Hospitalier Sèvre et Loire facilite l'intervention des associations de bénévoles qui peuvent apporter un soutien au patient et à sa famille, à la demande ou avec l'accord de ceux-ci, ou développer des activités à leur intention, dans le respect des règles de fonctionnement de l'établissement et des activités médicales et paramédicales. Le responsable du service concerné peut s'opposer à des visites ou des activités de ces associations pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation du service. Les personnes bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin à caractère médical ou paramédical. L'intervention de bénévoles est soumise à la signature préalable de la charte des bénévoles.

Article 59 Non dissimulation du visage dans l'espace public

La loi interdit la dissimulation du visage dans l'espace public, tous les usagers et visiteurs sont tenus de s'y conformer.

Elle prévoit limitativement des exceptions à ce principe (lorsqu'une loi ou un règlement oblige au port d'une tenue, lorsque le visage est dissimulé pour des raisons de santé ou pour des motifs professionnels). La méconnaissance de cette loi est passible d'une contravention de deuxième classe.

En cas de non-respect de cette loi, les professionnels de l'hôpital ont pour consigne dans un premier temps de rappeler la loi à la personne concernée, en montrant à la personne le présent règlement intérieur.

En cas de refus persistant, il convient d'informer le cadre du service concerné, la direction des usagers aux heures ouvrables, et l'administrateur de garde en dehors des heures ouvrables. Celui-ci informe les services de police de l'infraction constatée.

Article 60 Droits civiques

En application des dispositions du Code électoral, les patients qui sont hospitalisés et qui, en raison de leur état de santé ou de leur condition physique, sont dans l'impossibilité de se déplacer le jour d'un scrutin électoral, peuvent exercer au sein de l'établissement leur droit de vote par procuration.

Une demande doit être effectuée à cet effet, pour chaque procuration demandée, auprès d'un officier de police judiciaire ou de son délégué dûment habilité.

Par ailleurs, un patient peut, en cas de risque de décès imminent, demander que son mariage soit célébré dans l'enceinte de l'hôpital, en présence d'un officier de l'état civil désigné par le Procureur de la République.

Article 61 Déplacement des hospitalisés

Si en cours d'hospitalisation, un transport est nécessaire vers un autre établissement pour un transfert de moins de 48 heures ou pour un examen, il est pris en charge par l'établissement. Si le patient souhaite, pour des raisons personnelles, être transféré vers un autre établissement ou être rapatrié à son domicile, les frais de transport sont à sa charge. Ils peuvent, dans certaines conditions, être pris en charge dans le cadre de ses assurances au titre des rapatriements sanitaires.

Les personnes hospitalisées sont amenées à limiter leurs déplacements au sein du Centre Hospitalier. Ils doivent systématiquement informer un membre du personnel soignant de toute sortie du service d'hospitalisation. Ils doivent être revêtus d'une tenue décente.

Article 62 Repas

Les repas sont servis soit individuellement, au lit du patient, soit collectivement, dans les locaux spécialement affectés à cet usage. Un menu est proposé aux patients et résidents avec des possibilités de remplacement. Les régimes prescrits par le médecin sont établis par une diététicienne. Les patients et résidents sont invités à signaler au personnel s'ils sont atteints d'une allergie alimentaire ou s'ils respectent des pratiques alimentaires liées à leur religion.

Un repas dont le tarif forfaitaire est fixé annuellement peut être servi aux visiteurs, moyennant paiement après en avoir fait la demande auprès de l'agent d'accueil.

Article 63 Effets personnels

Les patients sont invités à ne pas garder dans leur chambre des biens de valeur ou des sommes d'argent importantes. Il leur est conseillé de redonner à leur famille ce dont ils n'ont pas besoin pendant leur hospitalisation.

Le Centre Hospitalier Sèvre et Loire ne pourra être tenu pour responsable des pertes ou détériorations des biens que les patients auraient gardés auprès d'eux, sauf à démontrer qu'il a commis une faute. L'établissement ne pourra pas non plus être considéré comme responsable de la détérioration de biens ou de vêtements, lorsque le dommage a été rendu nécessaire par l'exécution d'un acte médical ou d'un acte de soins.

Article 64 Services à la personne

Courrier, colis et mandats sont distribués chaque jour (hormis les week-end et les jours fériés). Les patients sont invités à demander à leurs correspondants d'indiquer le service où ils sont hospitalisés, afin de faciliter le tri et la distribution du courrier. Il leur est également possible de remettre du courrier timbré au personnel ou dans la boîte à lettres.

Les hospitalisés utilisant le téléphone acquittent les taxes correspondantes. Ils peuvent recevoir des communications téléphoniques dans la mesure où celles-ci ne gênent pas le fonctionnement des services.

L'utilisation de téléphone portable est autorisée dans l'enceinte du Centre Hospitalier Sèvre et Loire, sauf dans certains secteurs ou services où une consigne d'interdiction peut être donnée par le personnel ou par affichage pour des raisons techniques ou liées à la prise en charge médicale.

Les draps sont mis à disposition des patients et entretenus par l'établissement. Les patients doivent à se munir de leur nécessaire et linge de toilette, de leurs vêtements de nuit et de leurs chaussons.

Article 65 Découverte d'armes ou substances illicites

En cas de découverte d'armes appartenant à un usager (arme à feu ou encore arme blanche), celles-ci sont confisquées et mises au coffre. La Direction contacte le commissariat de police qui se charge de récupérer les armes ou les substances illicites.

L'identification du patient sera mentionnée si celui-ci souhaite récupérer son bien au commissariat à l'issue de son hospitalisation. Dans le cas contraire, l'enveloppe est anonyme et déposée au coffre. Toutefois, si le médecin hospitalier qui assure le suivi du patient estime que la pathologie de l'intéressé (notamment en cas de pathologie de santé mentale) est susceptible d'entraîner un risque pour la sécurité publique en cas de conservation de l'arme, l'arme sera mise sous enveloppe anonyme.

Lorsque sont découvertes des substances illicites à l'occasion de l'inventaire des biens, celles-ci sont mises sous enveloppe anonyme avec une fiche de traçabilité et déposée au coffre. Le Directeur ou son représentant contacte la police pour qu'elle puisse récupérer les armes et les substances illicites.

Article 66 **Culte/Laïcité**

Les patients doivent pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de leur religion. Ce droit s'exerce dans le respect de la liberté des autres patients. Il existe un service d'aumônerie interreligieuse au sein de l'établissement. Les patients peuvent rencontrer le représentant du culte de leur choix en s'adressant au cadre de santé de leur service ou auprès de l'aumônier de l'établissement qui fera le lien avec les autres ministères du culte. Une liste des différents cultes et leurs coordonnées sont disponibles à l'accueil.

En revanche, l'évocation de motifs religieux ne peut pas être réalisée au détriment des règles de bon fonctionnement du service public hospitalier. Ainsi, si un usager exprime le souhait d'être pris en charge par un praticien de sexe masculin ou féminin, cette demande ne pourra pas nécessairement être satisfaite compte-tenu des effectifs de médecins disponibles dans le service concerné.

Si les effectifs médicaux disponibles ne permettent pas de répondre à cette demande, l'utilisateur doit accepter d'être pris en charge par le praticien hospitalier disponible pour lui prodiguer des soins. Dans le cas contraire, le refus de l'utilisateur est un motif d'annulation de sa prise en charge hospitalière, sauf si l'état de santé du patient rend impossible sa sortie.

Article 67 **Gestion des plaintes/réclamations/remerciements/Communication du dossier médical**

Les usagers du Centre Hospitalier ont la possibilité d'exprimer leurs griefs éventuels sur les modalités de prise en charge auprès des responsables du service qui leur dispensent des soins. S'ils ne sont pas satisfaits des réponses apportées, ils ont aussi la possibilité d'adresser une plainte ou réclamation écrite au Directeur d'établissement et/ou aux représentants de la Commission des Usagers ainsi qu' à l'Agence Régionale de Santé à l'adresse email ARS-PDL-RECLAMATIONS@ars.sante.fr.

Le Centre Hospitalier Sèvre et Loire dispose d'une procédure de gestion des plaintes déposées par les patients ou les résidents. La Direction des Usagers étudie chaque plainte reçue et collecte les éléments de réponse. Une proposition de rendez-vous et une réponse écrite sont systématiquement adressées aux usagers.

Les usagers sont informés également des voies de recours en matière de contentieux.

- Communication du dossier médical

Les usagers ont le droit d'avoir accès à leur dossier médical. Cette consultation du dossier médical nécessite de formuler une demande écrite auprès de la Direction. Un délai minimum de 48 heures est requis entre la demande et l'organisation de la consultation. En cas de consultation sur place, la consultation du dossier est gratuite.

L'utilisateur a le droit de demander des copies de tout ou partie du dossier médical. Les frais de reproduction et d'envoi postal des copies de dossier sont à sa charge.

En cas de conflit entre les patients ou leur famille et des professionnels du Centre Hospitalier, un médiateur intervient afin de le résoudre à l'amiable

C'est le Directeur d'établissement qui désigne un médiateur médical et un médiateur non médical et leurs suppléants respectifs :

- **Le médiateur médical** et son suppléant sont désignés parmi les médecins exerçant au sein de l'établissement ou ayant cessé d'y exercer depuis moins de cinq ans. Le médiateur médical et son suppléant ne doivent pas exercer au sein de la même structure médicale.

- **Le médiateur non médical** et son suppléant sont désignés parmi le personnel non médical exerçant au sein du centre hospitalier.

Les médiateurs rencontrent le patient ou ses ayants droit, lorsqu'ils en font la demande. Ils peuvent également rencontrer ses proches lorsqu'ils l'estiment utile, ou à leur demande.

Lorsque le médiateur médical souhaite consulter un dossier médical, il demande l'accord écrit du patient ou de son représentant légal, ou de ses ayants droit en cas de décès.

SECTION 4 - SORTIE

Article 68 **Permissions de sortie**

Les hospitalisés peuvent, compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier à titre exceptionnel, de permissions de sortie d'une durée maximale de quarante-huit heures.

Ces permissions de sortie sont accordées, sur avis favorable du médecin du service, par le Directeur ou son représentant. Les permissions à la demande du patient hors permission thérapeutique, les transports sont à la charge du patient.

Lorsqu'un patient, qui a été autorisé à quitter l'établissement, ne rentre pas dans son unité dans les délais qui lui ont été impartis, l'administration peut le porter sortant et il ne peut alors être admis à nouveau que dans la limite des places disponibles, et dans les conditions prévues à la section 1 – « Admissions » du présent règlement intérieur.

Article 69 **Modalités de la sortie**

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

Tout patient sortant reçoit une lettre de liaison, les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuité de ses soins et de ses traitements et à la justification de ses droits.

En cas de nécessité médicale, une prescription médicale de transport sanitaire, par ambulance ou par tout autre transport sanitaire, peut être établie, lors de la sortie, par un médecin hospitalier. Cette prescription peut le cas échéant permettre la prise en charge du transport par un organisme de protection sociale.

Lors de sa sortie, le patient a le libre choix de l'entreprise qui assure son transport.

A la fin du séjour, les patients doivent passer au secrétariat médico-administratif du service, afin de vérifier leur dossier, obtenir un bulletin de situation et régler les frais restants dus.

Pour les frais restant à la charge des patients, ils seront à régler, dans les meilleurs délais, à réception de « l'avis des sommes à payer » adressé par la Trésorerie Hospitalière de Nantes.

En cas de non-paiement dans les délais impartis, des poursuites seront engagées par le trésor public.

Article 70 **Information du médecin traitant**

Le médecin traitant est informé le jour de la sortie de l'hospitalisé des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins, dont les prescriptions médicales auxquelles le patient doit continuer de se soumettre. Il reçoit toutes indications propres à lui permettre de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du patient.

Article 71 **Sortie par mesure disciplinaire**

L'usager dont le comportement porte atteinte au bon fonctionnement du service hospitalier, à la sécurité et au confort des autres patients soignés peut faire l'objet d'une décision de sortie par mesure disciplinaire, sauf si son état de santé est incompatible avec une sortie immédiate.

Cette sortie est proposée par le Chef de Service qui prend en charge le patient et elle est prononcée par le Directeur de l'établissement.

Article 72 **Transport en ambulance**

En cas de nécessité médicale, une prescription de transport sanitaire, par ambulance ou par tout autre transport sanitaire, peut être établie, lors de la sortie, par un médecin hospitalier. Cette prescription peut, le cas échéant, permettre la prise en charge du transport par un organisme de protection sociale. Dans le cadre de la sortie du patient, ce dernier dispose du libre choix de l'entreprise qui assure le transport.

Article 73 **Questionnaire de sortie**

Tout hospitalisé reçoit à son entrée un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations. Il est inséré dans le livret d'accueil du Centre Hospitalier Sèvre et Loire. Ce questionnaire rempli est rendu à l'administration sous pli cacheté et sous une forme anonyme si le patient le désire. Il peut être déposé dans la boîte aux lettres du service ou au niveau de l'accueil de l'établissement. L'équipe soignante de chaque unité doit attirer l'attention du patient sur l'importance de remplir ce questionnaire de sortie pour contribuer à l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge. Le Directeur communique chaque année devant les instances concernées et notamment la CDU, les résultats des enquêtes de satisfaction.

A l'issue de son séjour hospitalier, le patient peut être sollicité par mail pour répondre au questionnaire e-satis permettant d'évaluer sa satisfaction.

Article 74 **Date et horaires de sortie**

La date de sortie est fixée par le médecin et le départ du patient est alors organisé par le cadre de santé et le personnel du service, qui s'assurent que les conditions du retour à domicile du patient sont réunies. Dans les unités d'hospitalisation, les sorties de patients ont généralement lieu le matin, entre 10H00 et midi, afin de faciliter la gestion des lits au sein de l'établissement et la qualité de l'accueil des nouveaux entrants.

SECTION 5 - MESURES A PRENDRE EN CAS DE DECES DES HOSPITALISES

Article 75 **Attitude à adopter à l'approche du décès/Directives anticipées**

Lorsque l'hospitalisé est en fin de vie, il est transporté, avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle. Ses proches sont admis à rester auprès de lui et à l'assister dans ses derniers instants. Ils peuvent être admis à prendre leur repas dans l'établissement et à y demeurer en dehors des heures de visite si les modalités d'hospitalisation du patient le permettent.

La loi Léonetti a reconnu aux usagers le droit de rédiger des directives anticipées qui permettent de préciser les volontés du patient quant à sa fin de vie, notamment dans le cas où celui-ci serait dans l'impossibilité d'exprimer ses volontés. Ces directives sont consignées par écrit. Elles sont révocables à tout moment si le patient change d'avis.

Le médecin hospitalier « tient compte » de l'existence de ces directives anticipées, ainsi que de l'avis de la personne de confiance et de la famille dans le cas où le patient ne serait plus en mesure de s'exprimer. Toutefois, les décisions médicales relatives à une éventuelle limitation ou à un arrêt des soins, lorsque le patient n'est pas en état de s'exprimer, restent de la responsabilité de l'équipe médicale (y compris si des directives anticipées ont été rédigées). Conformément à la loi Léonetti, ces décisions doivent être prises par l'équipe médicale et soignante de manière collégiale.

Article 76 **Constat et déclaration du décès**

Le décès est constaté par un médecin puis attesté par un certificat transmis au service administratif concerné. Les décès sont inscrits sur un registre spécial. Le décret du 28 février 2022 renforce l'obligation d'établir les certificats de décès par voie électronique.

Article 77 **Accueil et information de l'entourage**

La famille ou les proches sont prévenus dès que possible et par tous moyens appropriés de l'aggravation de l'état du patient et du décès de celui-ci.

La notification du décès est faite pour :

- 1°/ Les étrangers dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche ;
- 2°/ Les militaires, à l'autorité militaire compétente ;

Lorsque dans un délai de dix jours au maximum le corps n'a pas été réclamé par la famille ou les proches, l'établissement fait procéder à l'inhumation dans les conditions compatibles avec la réglementation en vigueur et selon les directives anticipées exprimées par le défunt le cas échéant.

Dans le cadre d'un défaut sans famille connue, l'établissement contacte la mairie de la commune en vue de réaliser une recherche d'ayant-droits.

Pour les familles dépourvues de ressources financières suffisantes, appelés aussi les « indigents », les frais d'obsèques sont pris en charge par la commune du lieu du décès.

S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation est effectuée en accord avec l'autorité militaire compétente.

Article 78 **Cas de mort violente ou suspecte**

Dans les cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un hospitalisé, le Directeur ou son représentant, prévenu par le médecin qui a effectué ces constatations, avise l'autorité judiciaire. Il est rappelé au personnel de laisser la scène en l'état jusqu'à l'arrivée des autorités.

Article 79 **Toilette mortuaire**

Les services du Centre Hospitalier Sèvre et Loire réalisent la toilette mortuaire et l'habillage du défunt dans le respect des croyances du patient selon un protocole écrit.

La famille ou les proches peuvent être associés à ce soin si elle ou ils en expriment la demande.

Article 80 **Organisation de la salle de présentation**

La salle de présentation est mise à disposition pour tout patient décédé dans le secteur sanitaire en l'attente d'un transfert en chambre funéraire, d'un transfert à domicile ou dans l'attente de la sépulture. Une tarification est appliquée au-delà de 3 jours de présence du corps en salle de présentation.

Article 81 **Transport du corps**

- Transport sans mise en bière

Le transport de corps avant mise en bière vers une chambre funéraire se fait dans les 48h à compter du décès. Il se fait :

- Soit à la demande écrite de la famille/tuteur
- Soit à la demande écrite du directeur si ce dernier atteste par écrit qu'il lui a été impossible de joindre ou de retrouver dans un délai de 10 h à compter du décès l'une des personnes ayant qualité pour pourvoir aux funérailles. Au-delà de ce délai de 10h, le corps est placé dans le salon mortuaire du site.

Le médecin peut s'opposer au transport sans mise en bière dans plusieurs cas (problème médico-légal, état du corps rendant impossible le transport, maladie contagieuse...). Le médecin doit tracer l'information et en informer la famille.

- Transport avec mise en bière

Avant son transport pour inhumation ou crémation, le corps d'une personne doit être mis en bière. Si la personne portait une prothèse contenant des radioéléments ou un stimulateur cardiaque, un médecin fait récupérer la prothèse avant la mise en bière.

Le transport du corps après mise en bière ne peut être effectué que par une entreprise agréée. La liste des entreprises est tenue à la disposition des familles à la chambre mortuaire.

Article 82 Prélèvement d'organes et de tissus/prélèvements à but thérapeutique ou scientifique

Le consentement au don d'organes est présumé. Ainsi, si la personne n'a pas fait connaître son refus de son vivant, il est considéré qu'elle est d'accord pour que ses organes soient prélevés à son décès.

Cependant, il est d'abord procédé à la recherche d'informations pour savoir si le défunt a émis un désaccord. Le résident ou patient peut avoir fait part oralement ou par écrit auprès d'un proche de son refus de prélèvement ou de son accord limité de prélèvement à un ou certains organes particuliers.

En cas d'opposition totale au prélèvement, il est indiqué au résident ou au patient qu'il doit s'inscrire auprès du « registre national du refus ». La famille est généralement consultée pour avoir confirmation des positions exprimées par le défunt sur ce sujet.

Article 83 Dons du corps à la science

Le don du corps consiste à donner son corps au moment du décès à des fins d'enseignement et de recherche. La décision doit être prise de son vivant et le consentement exprimé par écrit.

Les dons de corps de personne sous tutelle ne sont pas acceptés.

- **Prélèvement à but scientifique.** Le don du corps à la science s'exprime sous la forme d'un acte de donation entièrement rédigé à la main, sur papier libre, daté et signé par l'intéressé. Cette déclaration est également signée par l'établissement qui accepte le don. La famille ne peut pas émettre une approbation ou une opposition.

La démarche peut être effectuée auprès de toute Faculté de Médecine comportant un service de don du corps. Le consentement est révocable à tout moment.

L'établissement légataire désigné (ou à défaut la Faculté de Médecine de Nantes) est prévenu de la survenue du décès. Le corps est transporté dans les 48 heures suivant le décès. L'établissement légataire désigné assure à ses frais le transport du corps vers la structure d'accueil du corps. Aucune somme d'argent ne peut être demandée au donneur.

Les frais d'inhumation ou de crémation sont à la charge de l'établissement légataire désigné.

CHAPITRE IV

DISPOSITIONS FINANCIERES

SECTION 1 - MODALITES D'ELABORATION DES TARIFS

Article 84 Tarifs d'hospitalisation

Les tarifs d'hospitalisation pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) sont fixés nationalement chaque année.

Les prestations prises en charge en complément de l'AMO sont fixées chaque année par arrêté de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire.

Le forfait hospitalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie. Le forfait journalier est fixé par arrêté ministériel. Il obéit à des règles particulières de facturation, qui varient suivant les conditions de prise en charge du séjour.

Les tarifs de toutes les autres prestations sont fixés par décision du directeur du Centre hospitalier, par exemple le tarif de la chambre particulière. Cette majoration forfaitaire appliquée au tarif journalier peut être prise en charge, tout ou partie, par la complémentaire santé. La chambre particulière est attribuée en fonction des disponibilités du service et à la demande du patient.

Article 85 Tarifs des consultations externes

Les tarifs des consultations et actes pratiqués à titre externe au Centre hospitalier correspondent aux tarifs publics fixés par conventions entre l'assurance maladie et les professionnels de santé, sur la base de nomenclatures en vigueur. Ils peuvent faire l'objet de revalorisations en cours d'année.

Les tarifs des actes non prévus par ces nomenclatures sont fixés par décision du Directeur du Centre Hospitalier Sèvre et Loire.

Article 86 Frais de séjour EHPAD / USLD

En EHPAD ou en unité de soins de longue durée, les frais de séjour se décomposent en trois éléments distincts :

- le forfait « soins », qui correspond à la tarification des soins médicaux et paramédicaux dispensés. Le montant de ce tarif est fixé par l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire et versé au l'établissement par dotation globale.
- le tarif « dépendance », qui correspond à la tarification des frais liés à la dépendance. Le montant de ce tarif est fixé par le président du Conseil Départemental de Loire Atlantique.
- le tarif « hébergement », qui correspond à la tarification des prestations hôtelières fournies. Le montant de ce tarif est fixé par le président du Conseil Départemental de Loire Atlantique.

Il est pris en charge selon deux modalités :

- l'admission à titre payant ; il appartient alors au résident ou à son garant de régler tous les mois l'intégralité des sommes facturées ;
- un dépôt de garantie correspondant à 30 jours de tarif hébergement est demandé à chaque admission (hormis pour les résidents admis à l'Aide Sociale). Il est restitué au plus tard 30 jours après la sortie
- l'admission au titre de l'aide sociale aux personnes âgées ; cette admission est limitée dans le temps, les décisions de prise en charge étant périodiquement révisées.

Les personnes hébergées, ou leur famille, sont informées, préalablement à l'admission, des conditions financières d'hébergement au moyen du contrat de séjour qu'elles complètent et signent. Il leur est également remis un règlement de fonctionnement de l'EHPAD.

SECTION 2 - MODALITES DE CONSULTATIONS DES TARIFS

Toute personne a le droit à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée au sein du Centre hospitalier à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais.

Toutes ces informations sont affichées dans les lieux de réception des patients.

Les tarifs nationaux réglementés sont présentés dans plusieurs nomenclatures, publiées sur le site de la sécurité sociale, proposant des moteurs de recherche permettant d'accéder à des fiches descriptives où figure le tarif en vigueur.

Pour toute prise en charge effectuée au sein du Centre Hospitalier, le patient reçoit, au plus tard à sa sortie de l'établissement, un document l'informant du coût de l'ensemble des prestations reçues avec l'indication de la part couverte par son régime d'assurance maladie obligatoire et, le cas échéant, de celle couverte par son organisme d'assurance complémentaire et du solde qu'il doit acquitter.

SECTION 3 - LISTE DES PRESTATIONS PAYANTES PROPOSEES

Liste des tarifs et des prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2023.

Différentes prestations sont réalisées au Centre Hospitalier Sèvre et Loire et font l'objet d'un affichage dans les chambres des résidents et des patients ainsi qu'au service des Admissions de l'établissement.

<u>Affichage dans les chambres secteur médico-social</u>	<u>Affichage dans les chambres secteur hospitalisation</u>
<p><u>Tarifs USLD/EHPAD/MAS/DC</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Tarifs EHPAD (hébergement-dépendance-soins) et hébergement temporaire des résidents- Dépôt de garantie- Tarifs USLD (hébergement-dépendance-soins)- Tarifs Domiciles Collectifs- Tarifs Maison d'Accueil Spécialisée <p><u>Prestations logistiques et hôtelières</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Téléphone <p><u>Prestations aux accompagnants</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Hébergement accompagnant- Repas accompagnant	<p><u>Tarifs nationaux réglementés</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Tarifs de prestations- Forfait journalier hospitalier <p><u>Prestations logistiques et hôtelières</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Supplément chambre seule- Téléphone- Télévision <p><u>Prestations aux accompagnants</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Repas accompagnants

L'affichage réalisé au niveau du **service des Admissions** de chaque site intègre en complément le tarif des prestations liées à l'activité de prise en charge des décès (salle de présentation, fournitures Post-Mortem), de la réalisation de photocopies, et des repas du personnels et personnes extérieures.

CHAPITRE V

DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS

SECTION 1 - DISPOSITIONS COMMUNES À L'ENSEMBLE DU PERSONNEL

Les dispositions suivantes s'appliquent aux agents titulaires, contractuels, mais aussi aux stagiaires, internes et étudiants ainsi qu'aux médecins présents au Centre Hospitalier.

Article 87 **Assiduité et ponctualité**

Quel que soit son poste de travail, le personnel doit faire preuve de rigueur et de ponctualité dans l'exercice de ses fonctions au sein de l'hôpital.

Il ne peut se soustraire à l'exécution d'un travail supplémentaire ou à une modification d'horaire si les nécessités de service l'imposent dans le respect de la réglementation relative au temps de travail.

L'assiduité et la ponctualité des personnels de toute catégorie conditionnent la continuité du service public hospitalier et le bon fonctionnement des services. Les horaires de travail sont fixés par les plannings prévisionnels.

Dans les services de soins, il est impératif de prendre ses fonctions à l'heure prévue et de ne quitter le service que lorsque la relève est présente, la surveillance des patients devant être assurée de façon continue.

En cas d'impossibilité de prendre son travail comme prévu au tableau de service, l'agent doit au plus tôt, en avvertir le responsable du service ou la garde administrative en l'absence du cadre.

Ainsi, les arrêts de travail doivent être adressés à la DRH pour le personnel non médical, les médecins et les internes. En parallèle, l'agent doit informer par tout moyen et sans tarder son responsable hiérarchique de son absence ou de sa prolongation.

Le personnel ne peut s'absenter pour congés annuels, congés exceptionnels, récupération, jour de réduction du temps de travail, sans en avoir au préalable sollicité et obtenu l'autorisation.

Article 88 **Obligation d'obéissance**

Quel que soit son rang dans la hiérarchie, tout agent est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées et ne peut, en aucun cas, en être déchargé.

Chacun est tenu de se conformer aux instructions de son responsable ou supérieur hiérarchique et ne peut s'y soustraire que dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement l'ordre public. Il n'est déchargé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés.

En cas d'empêchement de l'agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, un autre agent ayant reçu d'une autorité responsable l'ordre d'exécuter ce travail ne peut s'y dérober au motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade.

Toutefois, l'application de cette disposition ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions régies par des dispositions réglementaires.

Article 89 **Information du responsable ou du supérieur hiérarchique**

Tout agent doit informer son supérieur hiérarchique ou son responsable des incidents dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions notamment toutes les situations pouvant relever de la maltraitance dont il est témoin. De même, tout agent amené à conduire un véhicule de l'établissement dans le cadre de ses

fonctions doit obligatoirement informer son supérieur hiérarchique de toute mesure de suspension ou d'annulation de permis de conduire, ou encore d'éventuelles contraventions dont il ferait l'objet.

Les incidents les plus graves entraînent la rédaction d'un rapport circonstancié qui est transmis par voie hiérarchique au niveau de la Direction.

En cas d'interrogation sur de possibles faits de malveillance commis au sein ou au détriment de l'hôpital, un professionnel ne doit pas hésiter à en informer son supérieur hiérarchique ou responsable de service. Celui-ci porte les faits à la connaissance de la direction et permet de définir la conduite à adopter.

Dans le cadre de la politique de prévention des risques, la déclaration d'événements indésirables est organisée dans l'établissement selon une procédure interne, via le logiciel prévu à cet effet. L'encadrement et les responsables de service peuvent consulter sur le logiciel les déclarations émanant des agents de leur service.

Le traitement des déclarations est opéré par la cellule d'analyse des événements indésirables en lien avec l'encadrement du service.

Article 90 **Secret, réserve, discrétion**

Le secret professionnel s'impose à tous les personnels hospitaliers, dans le but de préserver les droits du patient. Le secret professionnel couvre l'ensemble des informations qui sont portées à la connaissance des personnels dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, c'est-à-dire, non seulement ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.

Seuls la loi et les règlements peuvent délier les personnels de leur obligation de secret professionnel, dans les cas de révélation obligatoire limitativement énumérés :

- pour informer les autorités judiciaires, médicales ou administratives, de crimes, délits ainsi que les sévices ou privations infligées à un mineur 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, en accord avec la victime, les sévices constatés dans l'exercice de la profession et qui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises.

Le secret partagé : un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à un même patient ou consultant, à condition qu'ils participent effectivement tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins qui lui sont dispensés, à la prévention ou à son suivi médico-social et social. Sauf à être expressément habilité. Il est donc rappelé qu'il est interdit de consulter un dossier papier ou informatique d'un patient par un personnel qui n'en assure pas la charge, sauf à être expressément habilité.

Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L.1110-12 du Code de la santé publique, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Les professionnels hospitaliers sont également soumis à une obligation **de discrétion professionnelle** pour les faits ou informations dont ils ont connaissance dans le cadre de leur fonction. Ils ne sont pas autorisés à transmettre des informations à des tiers, aux médias, agents d'assurance, démarcheurs, ni à communiquer sur internet concernant la santé ou les données personnelles des usagers.

Les demandes éventuelles de transmissions d'informations aux forces de police et de justice dans le cadre de procédures judiciaires sont traitées par la Direction de l'hôpital dans le respect des lois en vigueur.

Article 91 **Respect de la neutralité du service public**

Les professionnels du Centre Hospitalier sont tenus au respect de la neutralité du service public. Leur action est dictée par l'intérêt du service public.

L'obligation de réserve consiste à ne pas manifester, de quelque manière que ce soit, son opinion politique, religieuse, syndicale ou philosophique en présence des usagers. Dans l'exécution de leur service,

les agents du Centre hospitalier s'abstiennent notamment de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou déplacés, susceptibles d'importuner ou de choquer les patients, les visiteurs et les autres agents de l'hôpital.

Les professionnels doivent traiter de façon égale toutes les personnes et respectent leur liberté de conscience et leur dignité.

Il appartient à tout responsable de service de veiller au respect de ces principes dans les services placés sous son autorité.

Conformément à ce principe :

- Les visites des élus et représentants politiques dans l'enceinte de l'hôpital ne peuvent donner lieu à aucune manifestation présentant un caractère politique,
- Les membres du Conseil de Surveillance du Centre hospitalier ne peuvent effectuer en cette qualité des visites au sein de l'hôpital que lorsqu'ils sont mandatés à cet effet par le Conseil de Surveillance,
- Les signes d'appartenance religieuse ne sont pas tolérés au sein de l'hôpital, qu'ils soient arborés individuellement ou collectivement.

Article 92 Conservation en bon état des locaux et matériels

Les professionnels hospitaliers veillent à la bonne utilisation du matériel, du linge et des équipements mis à leur disposition.

Il pourra être exigé un remboursement en cas de dégradation volontaire.

Les professionnels hospitaliers sont attentifs à éviter tout gaspillage de matériels et aux économies d'énergie.

Il relève de la responsabilité personnelle des conducteurs de véhicules de service du Centre Hospitalier Sèvre et Loire d'assumer les conséquences des dégradations et des infractions qu'ils auraient commises dans l'exercice de leurs fonctions.

Article 93 Bon usage du système d'information

Le Centre Hospitalier met à la disposition de son personnel des outils informatiques et de communication. Tout utilisateur du système d'information est tenu de respecter ce matériel et les règles d'usage et de protection des données qui prévalent au sein de l'établissement.

Article 94 Obligation de déposer argent, objets de valeur des patients/résidents au coffre/ Interdiction des pourboires

Le personnel ne doit pas conserver des dépôts d'argent ou d'objets de valeur appartenant à des patients et résidents.

Ces dépôts doivent être remis au régisseur des recettes qui les dispose au coffre-fort avant remise au Trésor Public.

Aucune somme d'argent ne peut être versée aux personnels par les patients, soit à titre de gratification, soit à titre de dépôt.

Conformément aux dispositions du Code de la famille et du Code civil, les personnels du Centre hospitalier ont interdiction de recevoir des dons des personnes hospitalisées ou de se rendre acquéreurs de biens appartenant à une personne âgée hébergée.

Article 95 Interdiction d'exercer une activité privée lucrative (sauf dérogation légale)

Il est interdit en tant qu'agent public hospitalier d'exercer une autre activité professionnelle lucrative, sauf exceptions réglementaires (exemples : mandat électif, position de contractuel à durée déterminée avec autorisation...).

Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires sur les cumuls d'activité et sous réserve d'information ou d'autorisation du Centre hospitalier.

Article 96 Principes de désintéressement et de bonne conduite professionnelle - Obligation de désintéressement

Il est interdit à tout membre du personnel du Centre Hospitalier d'avoir, dans une entreprise en relation avec son service, des intérêts de toute nature susceptible de compromettre son indépendance.

→ Situation de conflits d'intérêts

Chaque professionnel doit veiller à faire cesser immédiatement ou à prévenir les situations de conflits d'intérêts dans lesquelles il se trouve ou pourrait se trouver.

Au sens de la loi, constitue un conflit d'intérêts toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés de nature à influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif de ses fonctions.

Des sanctions non seulement disciplinaires mais aussi pénales sont applicables.

→ Interdiction de tout avantage ou contreparties directes en nature ou en espèces

Il est interdit aux personnels du Centre Hospitalier de bénéficier d'avantages ou contreparties directes en nature ou en espèces, notamment lorsque ceux-ci sont obtenus auprès d'entreprises assurant les prestations, produisant ou commercialisant les produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale.

→ Liberté d'expression, internet et usage des réseaux sociaux et médias

La liberté d'expression est garantie pour tous, y compris sur internet. Néanmoins, l'utilisation des réseaux sociaux doit être faite conformément à la réglementation, notamment au regard des articles 9 et 16 du Code Civil relatifs au respect de la vie privée et de la dignité de la personne humaine et dans le strict respect du secret et de la discrétion professionnelle. Ainsi, elle ne doit pas donner lieu au dénigrement, à la diffamation ou à l'injure, vis-à-vis de ses collègues, de son employeur et des usagers du service hospitalier.

→ Consignes relatives à l'usage de l'alcool, du tabac et de la cigarette électronique

Hôpital sans alcool

Il n'est en aucun cas autorisé de pénétrer ou de demeurer dans l'établissement en état d'ivresse.

Les personnels hospitaliers ne doivent ni introduire, ni consommer de boissons alcoolisées au sein de l'établissement, y compris sur les parkings.

Conformément aux dispositions du Code de travail, il est également interdit d'introduire, de distribuer ou de consommer des boissons alcoolisées dans les locaux de travail, comme toute substance illicite.

Conformément à la procédure en vigueur, les professionnels sont invités à déclarer tous professionnels présentant un comportement susceptible de laisser penser à un état d'ébriété. La Direction, après entretien avec le professionnel, peut alors diligenter un contrôle d'alcoolisation.

La confirmation d'un état d'ébriété sur le lieu de travail peut conduire à engager une action disciplinaire.

Le service de santé au travail est informé de ces situations et peut assurer un suivi pour des problèmes d'addictions qui concerneraient les professionnels hospitaliers.

Respect de la réglementation anti-tabac et de la cigarette électronique

En application de la législation en vigueur et en vue de satisfaire aux obligations de sécurité et de protection des usagers, il est formellement interdit de fumer dans l'ensemble des locaux relevant du Centre Hospitalier. Cette interdiction a été étendue aux cigarettes électroniques depuis le 1er octobre 2017. Par conséquent, et considérant la vocation sanitaire et le devoir d'exemplarité incombant aux établissements de santé, il est également interdit de vapoter dans l'ensemble des locaux du Centre Hospitalier.

Le non-respect de ces interdictions expose le contrevenant à une amende ou à une sanction pouvant aller jusqu'à une exclusion.

Les fumeurs ou vapoteurs utiliseront les espaces extérieurs dédiés et aménagés à leur intention (abris fumeur, cendriers...). Ils veilleront à respecter la propreté de ces lieux et à rester éloignés des façades et entrées des bâtiments.

→ **Utilisation de matériel audio**

L'utilisation par le personnel de téléphone portable ou objet connecté, à des fins autres que professionnelles pendant le service est interdite.

→ **Identité visuelle du Centre hospitalier**

Le Centre Hospitalier Sèvre et Loire est doté d'une identité visuelle qui témoigne de son unicité et de ses responsabilités, notamment exprimée par son logo et sa charte graphique.

Sans préjudice des modalités d'identification complémentaires qui sont propres aux différentes composantes de l'établissement, les personnels veillent en toutes circonstances au respect de cette identité dans l'exercice de leurs fonctions et dans les actions de communication qui les accompagnent.

Article 97 Identification

Une identification du personnel a été instituée sur les tenues de travail pour le personnel qui en porte. Il convient que tout agent respecte ce principe d'identification, établi dans un souci d'humanisation du Centre Hospitalier Sèvre et Loire et de meilleure sécurité de tous. Une exception peut être accordée en cas de menace sur l'agent.

Article 98 Tenue vestimentaire, équipements de protection individuelle et exigences d'une tenue correcte

Dans l'exercice de ses fonctions, le personnel doit présenter une tenue adaptée et correcte.

Chacun doit s'informer auprès du responsable de service de la tenue de travail requise réglementairement.

L'hôpital assure gratuitement la fourniture et le blanchissage des vêtements de travail à tous les agents, qui ne doivent sous aucun prétexte les emporter à domicile. Le Centre hospitalier fournit également les équipements de protection individuelle nécessaires en fonction du poste occupé.

En cas de perte ou de détérioration volontaire, le personnel est tenu d'en rembourser le montant. Le port de vêtements de travail est interdit à l'extérieur de l'établissement lorsque le personnel n'est pas en service.

La tenue fait partie intégrante du respect dû aux patients. Une tenue correcte, tant dans l'habillement, les accessoires que dans le langage, est exigée de l'ensemble du personnel.

- Pour les professionnels de soins : une tunique professionnelle à manches courtes et un pantalon professionnel ou une blouse à manches courtes sont fournies par l'établissement et sont les seules tenues professionnelles autorisées selon le mode d'exercice au CHSL. Les professionnels utilisant une blouse ont l'autorisation de la revêtir sur leurs vêtements personnels. Le port de chaussures est réglementé avec des chaussures propres, antidérapantes, non bruyantes, fermées et couvrantes sur le dessus des pieds, lavables, et réservées au seul usage de son activité au CHSL. En fonction des soins prodigués des EPI peuvent être revêtus selon les protocoles en vigueur.
- Pour les services techniques et logistiques : une tenue professionnelle comprenant un haut, un pantalon et des chaussures sont fournis aux personnels en fonction des secteurs d'activité. Des Equipements de protection individuelle sont également à la disposition.
- Pour les autres professionnels: il n'y a pas de tenue fournie. Toutefois, il leur est demandé de respecter une tenue correcte au sein de l'établissement.

Article 99 **Hygiène**

Le personnel est tenu de prendre connaissance des protocoles d'hygiène en vigueur dans l'établissement pour lutter efficacement contre les infections nosocomiales (Référentiel hygiène : tri du linge, élimination des déchets, hygiène des mains, protocoles de soins, hygiène vestimentaire et corporelle...).

Tous les agents du Centre hospitalier doivent observer strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service. Selon le poste occupé, le port de bijoux et/ou piercing est interdit.

Le non-respect de son obligation de sécurité par l'agent peut justifier une sanction disciplinaire.

Article 100 **Sécurité incendie**

Comme tout établissement recevant du public, le Centre Hospitalier est soumis à des règles strictes de sécurité incendie. Les agents ont l'obligation de participer à toute mesure de prévention, de formation et d'exercice de sécurité qui serait décidée par la Direction.

Article 101 **Respect de la personne hospitalisée/lutte contre le bruit**

Le personnel contribue à faire respecter le silence, en particulier pendant la nuit (port de chaussures non bruyantes, ton des échanges, fermeture silencieuse des portes...).

Article 102 **Attitude vis-à-vis des patients, résidents et de leur famille**

Le personnel a le devoir de réserver un accueil de qualité à toute personne se présentant à lui.

L'intimité du patient doit être préservée à tout moment du séjour hospitalier. Les personnels et visiteurs doivent frapper avant d'entrer dans sa chambre.

Le personnel doit également respecter les opinions politiques et religieuses des patients ou résidents sans les troubler par son opinion personnelle.

Le respect des opinions religieuses ne signifie pas que l'utilisateur a le droit de faire des demandes ou d'adopter un comportement faisant obstacle au bon fonctionnement hospitalier.

La familiarité à l'égard des patients et résidents est à proscrire. Le tutoiement n'est pas autorisé sans l'accord du patient.

Les professionnels doivent respecter la politique de prévention de maltraitance et de promotion de la bientraitance promue au sein de l'établissement.

Article 103 **Obligation d'accueillir et d'informer le public, les usagers et leurs familles**

Les personnels hospitaliers ont le devoir de satisfaire aux demandes d'information du public, des usagers et de leurs familles, dans le respect des règles de réserve, de secret et de discrétion professionnelle qui s'imposent.

Dans le cadre de la personnalisation des relations avec le public, l'anonymat des fonctionnaires est levé sauf pour des motifs de sécurité des personnels rendant nécessaire la non révélation de leur identité. Les familles sont accueillies et informées de l'évolution de l'état de santé de leurs proches, avec tact et ménagement, en toutes circonstances.

Les familles doivent être avisées en temps utile des décisions importantes concernant les patients. Hormis les cas d'urgence médicale, un changement de service d'accueil ou une décision d'intervention chirurgicale devra en particulier être portée à leur connaissance avant que la décision ne soit exécutée. Dans le cas de l'aggravation de l'état de santé du patient, la famille doit être informée rapidement, notamment par téléphone.

Article 104 **Interdiction des réunions publiques**

Les activités politiques du personnel ne doivent pas avoir cours à l'intérieur de l'hôpital.

Les activités syndicales du personnel doivent se dérouler hors de la présence des hospitalisés et dans le cadre réglementaire prévu à cet effet.

Article 105 Exercice du droit de grève

Le droit de grève est un droit constitutionnel et fondamental des agents. Il est défini par l'article 7 du préambule de la Constitution de 1946, Constitution Française du 4 octobre 1958 et de plusieurs dispositions législatives relatives à certaines modalités de la grève des agents de la Fonction Publique Hospitalière.

Le droit de grève ne peut s'exercer que dans la continuité du service public hospitalier.

En cas de grève, le directeur assure l'organisation d'un service minimum, qui s'appuie sur des assignations au travail pour certains professionnels, afin de disposer d'un effectif minimum présent.

Article 106 Droit syndical

Le droit syndical est garanti aux personnels du Centre Hospitalier sous réserve des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis des usagers. Ce droit couvre la liberté de créer un syndicat, d'y adhérer et d'exercer un mandat syndical. Les organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions et disposent d'autorisations spéciales d'absence et de décharges d'activités de service.

Article 107 Droit de retrait : en cas d'un danger grave et imminent

L'agent dispose du droit de se retirer d'une situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, à condition que cela ne crée pas pour autrui une nouvelle situation de danger, notamment en compromettant la continuité de service.

Dans ces conditions, l'agent alerte immédiatement sa hiérarchie de cette situation oralement ou par écrit, il dispose alors du droit de se retirer de certaines tâches ou du lieu de travail, ce qui ne signifie pas nécessairement l'arrêt de tout travail effectif.

Article 108 Droit d'alerte : information de l'employeur par un représentant du personnel au Formation Spécialisée Santé, Sécurité et Conditions de Travail (FSSSCT) du CSE

Le représentant du personnel au FSSSCT du CSE qui constate personnellement ou par l'intermédiaire d'un agent qu'il existe une cause de danger grave et imminent pour la vie d'un agent ou sa santé en avise immédiatement l'administration et consigne son avis par écrit sur le registre réservé à cet effet.

L'administration procède à une enquête et donne réponse dans les 48h aux représentants du FSSSCT du CSE sur la situation avec copie au secrétaire de la FSSSCT du CSE. La réponse sera consignée au registre.

La situation est inscrite à la prochaine FSSSCT du CSE. Elle peut faire l'objet en amont soit d'un groupe de travail avec les membres du FSSSCT du CSE soit d'une FSSSCT du CSE extraordinaire.

Article 109 La prévention des risques professionnels

Une démarche de prévention des risques professionnels est engagée par l'établissement à travers l'élaboration d'un document unique de recensement des risques professionnels.

Dans le cadre de cette démarche des protocoles de préventions des risques sont élaborés et doivent être respectés par les professionnels. Des équipements et/ou matériels de protection sont mis à disposition des professionnels exposés à des risques particuliers (lunettes, gants, lève-personne...). L'utilisation des équipements de protection doit être respectée.

Les professionnels ont l'obligation de porter des chaussures adaptées au travail, pour limiter les risques de chutes ou d'accident du travail.

Des formations sont proposées sur des thématiques en lien avec la prévention des risques professionnels (exemple : formation à la manutention).

Une démarche de prévention des risques psychosociaux est également engagée. Les responsables de service et cadres doivent être vigilants par rapport aux indicateurs de risques psychosociaux au niveau de leurs équipes.

Article 110 **Accès interdit aux démarcheurs**

Les journalistes, photographes, démarcheurs et agents d'affaires qui pénètrent, sans l'autorisation du directeur, dans les services et les chambres dans l'intention d'y exercer leur activité doivent être immédiatement exclus.

Les demandes de reportage (presse écrite, radio, télévision) concernant une activité, un évènement, un secteur ou une mission à l'hôpital sont soumises à autorisation préalable de la part de la Direction.

Toute demande de reportage doit faire l'objet d'une autorisation écrite de la Direction du Centre hospitalier.

Article 111 **Respect du droit à l'image**

La protection du droit à l'image d'une personne physique repose sur le fondement du respect de la vie privée. Le droit à l'image d'une personne physique est le droit pour cette personne (patient ou personnel du Centre Hospitalier) d'autoriser ou de s'opposer à la fixation et à la diffusion de son image. Le droit à l'image doit être respecté lorsqu'est captée (photographiée ou filmée) l'image d'une personne reconnaissable.

Afin de respecter ce droit, il est nécessaire de recueillir auprès des personnes concernées et qui sont reconnaissables, leur autorisation expresse, libre et éclairée, d'utilisation de leur image.

Article 112 **Effets et biens personnels/responsabilité**

Chaque membre du personnel est responsable de ses effets et biens personnels.

Tout vol, toute perte d'argent, de valeurs ou objets divers ne peuvent être imputés à la responsabilité de l'établissement.

Article 113 **Formation/DPC/évaluation des pratiques professionnelles**

Les professionnels bénéficient d'un droit à la formation continue.

Dans le cadre de la réglementation sur le Développement Professionnel Continu, les professionnels soignants participent aux analyses de pratiques professionnelles qui sont organisées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.

Des Evaluations de Pratiques Professionnelles sont organisées au niveau des parcours de soins dans les différents services.

Le médecin doit justifier de son engagement dans un programme de développement professionnel continu devant l'Ordre des médecins, l'Agence Régionale de Santé et son employeur.

Article 114 **Liberté d'opinion, de conscience, et non-discrimination**

Chaque fonctionnaire ou agent public est libre de ses opinions politiques, syndicales, philosophiques et religieuses. Celles-ci ne doivent faire l'objet d'aucune mention au dossier du professionnel et ne doivent avoir aucune influence sur sa carrière.

Article 115 **Egalité de traitement**

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les personnels en raison de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, de leur origine, de leur sexe, de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur apparence physique, de leur handicap ou de leur appartenance vraie ou supposée à une ethnie.

Article 116 Protection contre le harcèlement moral et sexuel

Aucun membre du personnel ne doit subir des agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale, de compromettre son avenir professionnel, et de dégrader ses conditions de travail, ou de harcèlement sexuel dont le but est d'obtenir des faveurs de nature sexuelle à son profit ou au profit d'un tiers.

Article 117 Droit à la participation

Le fonctionnaire ou agent public dispose du droit, par l'intermédiaire de ses représentants, de participer au fonctionnement des instances représentatives du personnel : CME, CSE, FSSSCT, ...

Article 118 Droit à une protection dans l'exercice de ses fonctions

En cas de menaces, de violences, de voies de fait, d'injures, de diffamation ou d'outrages de la part de quelque personne que ce soit vis-à-vis du personnel non lié à une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions, le fonctionnaire ou agent public dispose du droit à une protection juridique ou fonctionnelle organisée par le Centre hospitalier. Il est également couvert par l'établissement en cas de condamnations prononcées contre lui pour faute de service.

Article 119 Accompagnement d'un agent victime de violence

Le Centre Hospitalier Sèvre et Loire réaffirme le caractère inacceptable de tout acte de violence à l'encontre d'un professionnel dans l'exercice de ses fonctions. L'établissement s'engage dans l'accompagnement des agents victimes de violence. L'accompagnement d'un agent victime de violence doit mobiliser l'encadrement dès l'agression et à distance de celle-ci.

Article 120 Droit d'accès au dossier administratif

Toutes les décisions portant sur la carrière du personnel sont versées dans son dossier individuel. Ce dossier peut être consulté par l'agent en présence d'un membre de la Direction des Ressources Humaines pour le personnel non médical, à sa demande écrite formulée à minima 48h avant la date de consultation souhaitée. Cette même procédure est appliquée pour les personnels médicaux.

Une copie des pièces du dossier peut être remise à l'agent qui en fait la demande. Il est le seul dossier opposable à l'agent.

Article 121 Le service de santé au travail

Un service de santé au travail chargé des actions de santé au travail (visites médicales, conditions de travail, etc...) est organisé dans l'établissement.

Tout agent public de l'établissement bénéficie d'un examen médical régulier en vue de s'assurer du maintien de son aptitude au poste de travail occupé en tenant compte de la nature du poste et de la catégorie de l'agent.

Chaque professionnel peut également bénéficier d'un examen médical par le service de santé au travail à sa demande.

Article 122 Autres services à la disposition des personnels de l'établissement

→ Restaurant du personnel

Les agents ont la possibilité de prendre leur repas au restaurant du personnel, un sur le site de Vertou et un sur le site du Loroux-Bottereau. Les agents ont également la possibilité de commander leur repas auprès du service restauration du CHSL.

→ Blanchisserie

La fourniture aux personnels de leurs tenues de travail réglementaires, l'entretien et le remplacement de celles-ci sont organisés par l'établissement.

→ **Vestiaires**

Un vestiaire est mis à la disposition de chaque agent soumis à l'obligation de port d'une tenue de travail qui peut y déposer ses effets et objets personnels.

L'établissement dégage toute responsabilité en cas de vol, de perte ou de dégradation de ces effets et objets.

→ **Dispositifs d'aide aux transports domicile-travail et stationnements**

Comme employeur, le Centre Hospitalier Sèvre et Loire participe à hauteur de 50% des frais de transports collectifs utilisés par le personnel de l'établissement dans ses trajets domicile-travail sur demande et sur présentation de justificatifs, dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur. L'indemnité de forfait mobilité durable est également versée aux professionnels qui remplissent les conditions.

→ **Amicale du personnel et comité de gestion des œuvres sociales**

Les agents non médicaux du Centre hospitalier disposent également au sein de l'établissement de l'accès au Comité de Gestion des Œuvres Sociales (CGOS), organisme auprès de laquelle ils peuvent s'inscrire pour bénéficier de certains dispositifs.

Ils ont également accès au Comité de Loisirs (Amicale) pour laquelle un local est mis à disposition par l'établissement.

Article 123 Modalités d'accueil des stagiaires au Centre Hospitalier Sèvre et Loire

✓ **Stage d'observation**

Aucun élève mineur et majeur ne peut être accepté en stage d'observation dans les services de l'établissement accueillant des patients, et ce pour les raisons suivantes :

- Absence de préparation psychologique à affronter des situations potentiellement difficiles,
- Respect impératif du secret professionnel quant aux données médicales et administratives relatives aux patients.

Les personnes majeures ainsi que les enfants mineurs peuvent néanmoins être accueillis en stage d'observation dans les services suivants :

- les services logistiques et administratifs,
- la restauration,
- l'animation

En aucun cas, le stagiaire ne doit être en contact dans les soins avec les patients.

✓ **Stage de formation diplômante et qualifiante**

Les personnes mineures et majeures inscrites dans un cursus de formation diplômante et qualifiante (soignante ou autre) peuvent effectuer un stage au sein du Centre Hospitalier.

✓ **Conditions à remplir pour tout stage au Centre Hospitalier**

Tout stagiaire doit être vacciné contre l'hépatite B (sauf pour les secteurs non concernés) quel que soit son lieu de stage.

La photocopie du carnet de vaccination de l'élève devra être annexée à la convention dès la demande afin de vérifier que les conditions de vaccination soient bien remplies.

Le stagiaire ne sera jamais admis en stage dans le service au sein duquel travaille le parent.

✓ **Procédure**

Les conventions de stage sont centralisées et validées par la Direction des Ressources Humaines ou par la Direction des Soins, sous réserve du respect des conditions énoncées ci-dessus.

✓ **Tenue de travail**

L'établissement fournit à tout stagiaire soignant, un badge d'identification ainsi qu'une tunique de travail.

SECTION 2 - DISPOSITIONS SPECIFIQUES AU PERSONNEL MEDICAL

Article 124 Des agents publics non fonctionnaires

Les praticiens ont la qualité d'agents publics non fonctionnaires dans le cadre des textes réglementaires qui régissent leurs statuts.

Article 125 Indépendance professionnelle

La condition de personne salariée de l'hôpital du praticien ne fait en aucune façon obstacle à son indépendance professionnelle dans l'exercice de son art.

Article 126 Déontologie médicale

Tous les praticiens hospitaliers sont soumis au Code de déontologie médicale et peuvent se voir sanctionnés disciplinairement par le Conseil de l'Ordre des médecins en cas de manquement aux règles de ce code.

Article 127 Ethique médicale

La pratique médicale s'exerce, au service de l'individu et de la santé publique, dans le respect de la vie humaine et de la personne.

Le médecin a un devoir d'assistance envers les patients et les blessés et une obligation de non-discrimination entre les patients (au titre de leur condition, nationalité, religion...).

Le médecin bénéficie de la liberté de prescrire dans la limite de ce qui est nécessaire, et de l'indépendance professionnelle.

Article 128 Le secret médical

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

La levée du secret médical doit concilier le pouvoir du Juge d'instruction de procéder « à tous les actes d'information qu'il juge utiles à la manifestation de la vérité », et l'obligation qui lui est faite de provoquer « toutes mesures utiles pour que soit assuré le respect du secret professionnel ». Cette conciliation est résolue le plus souvent par la présence d'un représentant de l'Ordre des médecins lors de la saisie et de la remise des documents.

Dans ce cas, le médecin ne viole pas le secret médical, qui peut être levé au profit des Juges d'instruction ou des officiers de police judiciaire agissant sur commission rogatoire des magistrats, ou pour permettre la mise en œuvre d'une législation particulière (accidents du travail par exemple).

Les cas de levée du secret prévus par la loi sont les suivants :

- Déclaration à l'autorité sanitaire de certaines maladies,
- Information des autorités dans un cas de maltraitance à enfant.

CHAPITRE VI

APPROBATION, ACTUALISATION, MISE A DISPOSITION DU REGLEMENT INTERIEUR

Article 129 **Approbation/Mise à jour du règlement intérieur**

Le présent règlement intérieur est adopté par le Directeur, après avis du Conseil de surveillance, du Directoire, du CSE et de la CME. La CDU et CSIRMT en sont informées.

Article 130 **Mise à disposition du règlement intérieur**

Le règlement intérieur est disponible dans chaque service de soins, administratif, logistique et technique. Il peut être consulté par tout usager ou professionnel qui le demande, en s'adressant au cadre du service concerné.

Le règlement intérieur est également consultable sur le site internet et sur le réseau G:\Documentation du Centre Hospitalier Sèvre et Loire.

Par décision n°2023-027 du 3 juillet 2023, le Directeur, Monsieur Christophe PRESSE, arrête le Règlement Intérieur du Centre Hospitalier Sèvre et Loire.

Actualisation du règlement intérieur suite approbation aux instances de décembre 2024 de l'ajout en annexe de la Charte Administrateur du Système d'Information et de la Charte Utilisateur du Système d'Information

CHAPITRE VII

ANNEXES

Charte Administrateur
du Système d'Information du
Centre Hospitalier Sèvre & Loire

STATUT ET APPROBATION DU DOCUMENT

Statut : <input type="checkbox"/> provisoire <input checked="" type="checkbox"/> approuvé	Niveau de Classification : interne C.H.S.L.
Rédacteur :	Monsieur Yann GAUTREAU
Revu par :	Madame Anne-Claire BOSSARD-DURAND
Approuvé par :	M. PRESSE, le Directeur du C.H.S.L. Mme BOSSARD-DURAND, DSI du C.H.S.L. M. GAUTREAU, RSI du C.H.S.L. M. GAUTREAU, cSSI du C.H.S.L. Instances : Directoire du 09/12/2024, CME du 16/12/2024, Conseil de surveillance du 20/12/2024 CSE du 17/12/2024

Seule la version en cours de validité suivant lesdites règles fait foi. Ne pas conserver de version imprimée.

Date	Quoi	Qui	Détail
14/06/2024	Création	YGa	
14/10/2024	Révision	YGa	Révision en vue de présentation aux instances
03/12/2024	Modification	YGa	Ajout cartouche de datation
20/12/2024	Approbation	CP	

Table des matières

1	Lexique.....	4
2	PREAMBULE.....	5
2.1	Esprit	5
2.2	Objectifs essentiels	5
2.3	Portée	6
2.3.1	Notion d'administrateur.....	6
2.3.2	Applicabilité.....	6
2.4	Nature et effet.....	6
2.5	Publication et affichage.....	6
3	PREROGATIVES DES ADMINISTRATEURS	7
3.1	Généralités	7
3.2	Nomination	7
3.3	Les missions.....	8
3.4	Les contrôles.....	8
3.4.1	Le contrôle doit être loyal.....	8
3.4.2	Le contrôle doit être transparent	8
3.4.3	Le contrôle doit être proportionnel.....	9
3.4.4	Le contrôle doit être adéquat	9
3.5	Les mots de passe	9
3.6	Accès aux données privées.....	9
3.7	Impératif de maintenance de système	9
4	DEVOIRS DES ADMINISTRATEURS	11
4.1	Généralités	11
4.1.1	Obligation de discrétion.....	11
4.1.2	Obligation de loyauté.....	11
4.1.3	Obligation de confidentialité concernant les données à caractère privé	11
4.1.4	Obligation du respect du secret des correspondances.....	11
4.1.5	Obligation du respect du secret des données médicales	11
4.1.6	Obligation de confidentialité	11
4.2	Procédures applicables.....	12
4.3	Remontées d'incidents de sécurité.....	12
4.4	Réquisitions judiciaires	12
4.5	Accès à des données identifiées comme privées.....	12
5	Sanctions.....	13

2 PREAMBULE

2.1 Visa

Cette charte correspond à un document spécifique aux administrateurs, que ce soit des administrateurs du domaine ou aux administrateurs applicatifs dans le contexte de l'application concernée.

Elle vient en complément du Règlement Intérieur et de la Charte Utilisateur et apporte des précisions spécifiques.

2.2 Esprit

Le Système d'Information (SI) du CHSL fait l'objet d'une charte utilisateur.

L'article 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 stipule l'obligation de secret professionnel qui s'impose à tous les agents publics.

Respect des dispositions de la loi no 88-19 du 5 janvier 1988 relative à la fraude informatique.

Néanmoins, on constate la position inconfortable de l'Administrateur (agent du CHSL, stagiaire, personnel sous convention de recherche, étudiant, etc.), soumis aux consignes de sa hiérarchie en l'absence de reconnaissance d'un secret professionnel attaché à cette fonction particulière (cf. CNIL, Rapport sur la Cybersurveillance sur le lieu du travail – 2^{nde} édition, fév. 2004).

On constate également que les droits étendus de l'administrateur (système ou applicatif) sur le SI doivent donner lieu à un encadrement de leurs usages par ces mêmes administrateurs, afin d'éviter les abus, et de maintenir globalement la confiance des agents du CHSL envers le SI qui est un outil de travail quotidien.

Il est donc nécessaire de cadrer l'action des administrateurs par une charte.

2.3 Objectifs essentiels

La présente charte a pour but de définir les droits et les devoirs des administrateurs envers le système d'information.

Il s'agit de :

- Fournir à tous les administrateurs un document de référence formalisant leurs droits, leurs champs d'action et la limite de leurs interventions sur le SI ;
- Fournir à tous les utilisateurs du Système d'Information une vision claire sur ce qui est possible ou pas à un administrateur afin de garantir la confiance dans l'utilisation du SI ;
- Répondre aux exigences de la certification ISO 27001.

Les notions abordées dans cette charte présentent successivement les droits et les devoirs des administrateurs

2.4 Portée

2.4.1 Notion d'administrateur

Pour l'application du présent document, on entend par Administrateur du SI de l'Établissement toute personne, quel que soit son statut (interne ou externe) disposant de droits étendus sur le SI, allant au-delà de l'utilisation courante. Il peut s'agir par exemple de l'administration ou de l'exploitation, mais aussi l'attribution de droits l'accès, la configuration, la supervision, la maintenance, le support et l'évolution, des infrastructures ou composants : systèmes, réseaux, bureautiques (postes de travail et leurs périphériques) et applicatifs (y inclus les bases de données).

On entend aussi par administrateur toute personne, incluant les responsables de processus, ayant accès à des données potentiellement sensibles, tels que les contrats, les documents techniques sensibles.

2.4.2 Applicabilité

La présente charte s'applique au Système d'Information du CHSL, soit à l'ensemble des fonctions - informatisées ou non - participant à la mission de soins, d'enseignement et de recherche du CHSL, qu'ils s'agissent des services de soins eux-mêmes ou des services de support (ressources humaines, facturation, administration, logistique, ...).

2.5 Nature et effet

Cette charte est rédigée par le Responsable du Système d'Information (RSI), inspirée par celle réalisée par le RSSI du GHT de Loire Atlantique, et proposée à la validation de la Direction Générale et des instances.

La présente charte fait partie intégrante du Règlement Intérieur du CHSL conformément aux dispositions légales et réglementaires. Les dispositions qu'elle contient ont une force juridique équivalente à celles du règlement intérieur. La violation des dispositions de cette charte peut constituer une faute susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires et / ou engager la responsabilité civile et pénale de celui qui commet cette violation.

Cette charte s'applique à tout utilisateur interne ou externe au CHSL qui dispose de droit d'administration sur tout ou partie du Système d'Information et qui est réputé en avoir pris connaissance et en avoir accepté les termes.

L'ensemble des agents intervenant sur le SI du CHSL sont soumis à la charte utilisateur. Les administrateurs sont soumis, en sus, à la présente charte qui vient donc rajouter des droits et des devoirs à ceux déjà mentionnés dans la charte utilisateur.

Elle s'applique dès son passage aux instances de l'établissement, conformément à la législation en vigueur.

2.6 Publication et affichage

La présente charte est publiée sur l'Intranet du CHSL et diffusée par des notes de service.

3 PREROGATIVES DES ADMINISTRATEURS

3.1 Généralités

Le rôle des administrateurs du CHSL est d'appliquer les procédures opérationnelles garantissant un fonctionnement optimal du système d'information en termes de :

- Performance
- Disponibilité des fonctionnalités
- Intégrité
- Confidentialité
- Traçabilité

Pour exercer leur fonction, ils disposent de profils informatiques leur permettant un accès étendu aux données informatisées. Cette capacité n'a, en aucun cas, valeur de droit d'accès aux informations, en particulier à celles couvertes par le secret des correspondances, le respect de la vie privée ou la confidentialité du dossier patient ou du personnel.

Conformément à la position de la CNIL, **en soi un tel accès n'est contraire à aucune disposition** de la loi Informatique et Libertés, dès lors que l'Administrateur qui participe à un dispositif de surveillance respecte les principes directeurs et opère en conséquence un **contrôle loyal, transparent et proportionné**.

3.2 Nomination

Potentiellement, tout agent appartenant au Service Informatique est susceptible de disposer de droits d'administration sur tout ou partie du système d'information, que ce soit sur la partie technique (système) que sur la partie fonctionnelle, applicative ou poste de travail.

Le processus de création et d'attribution de ces comptes à privilèges est décrit dans la Politique Technique de Sécurité (PTS) sur les Mots de Passe.

Certains utilisateurs (n'appartenant pas au Service Informatique) peuvent se trouver dans une position d'administrateur métier, c'est-à-dire disposant de droits étendus sur un progiciel ou un logiciel métier, du fait de la nécessaire maîtrise d'une Direction métier de ses données et ses processus. Chaque direction de l'établissement définit la liste des administrateurs fonctionnels relevant de son périmètre de responsabilité et les informe individuellement des règles de la présente charte.

Notamment, chaque administrateur quelle que soit sa direction d'appartenance, s'engage à respecter la présente charte et est informé que la violation des règles est susceptible de l'exposer à des sanctions professionnelles et / ou engager sa responsabilité civile ou pénale.

3.3 Les missions

L'administrateur bénéficie d'une position technique et d'une mission particulière lui permettant généralement, dans le respect des procédures établies :

- S'assurer du respect des procédures d'habilitation et de leur bonne mise en œuvre (attribution, modification, révocation) ;
- D'appliquer les mesures permanentes ou provisoires en vue de renforcer la sécurité, améliorer le confort d'utilisation du SI et en assurer la maintenance ;
- D'isoler, arrêter ou reconfigurer des comptes Utilisateurs, équipements ou applications informatiques pouvant compromettre la sécurité d'ensemble du SI ;
- De traiter (détection, analyse, éradication, filtrage, etc.) tout flux informatique présentant des risques de sécurité (par exemple : virus, intrusion, utilisation d'un logiciel interdit, etc.) ;
- De prendre toutes mesures utiles afin d'empêcher toute tentative d'intrusion sur le Système d'Information, et tout comportement malveillant ou à risque, pouvant entraîner des dégradations du bon fonctionnement du réseau, la mise en jeu de la sécurité, la destruction ou l'altération des données informatiques, la mise en danger de l'intégrité des systèmes informatiques, et causer des préjudices à l'entreprise ;
- De mettre en place les outils de contrôle et de surveillance nécessaires afin de vérifier que les Utilisateurs respectent les consignes fixées dans la Charte relative à l'utilisation du SI.
- De préserver les traces et tous éléments techniques nécessaires à la résolution de l'incident et à toute investigation ultérieure, dans le respect de procédures permettant de garantir leur intégrité et donc la conservation de leur caractère probant ;
- De consulter et enregistrer sur les ressources à sa charge, tout journal d'événements en vue de la compréhension des problèmes posés et de la mise en œuvre des actions appropriées à la correction de ces problèmes ;
- De procéder à des vérifications techniques sur les fichiers et bases de données, la messagerie, les connexions à Internet, les fichiers de journalisation, etc., afin de déceler toute anomalie ou incident de sécurité qui pourrait porter atteinte au bon fonctionnement et à la sécurité du SI conformément aux dispositions de la Charte relative à l'utilisation du SI ;
- De réaliser des actions qui peuvent demander d'investiguer sur des données soumises au secret médical, ou confidentielles, ceci afin de résoudre des problèmes techniques ou applicatifs qui rendent indisponible une application ou en altère les données ;

Il peut être ajouté que :

- L'administrateur peut effectuer une prise de main distante sur un poste de travail utilisateur ; cette prise de main doit être précédée d'un avertissement de l'utilisateur et d'un accord formel de celui-ci lorsque ceci est possible ;

3.4 Les contrôles

La nature des informations qui font l'objet de traces et de contrôles est décrite dans la charte utilisateur. Tout contrôle mis en place sur tout ou partie du système d'information doit respecter les règles suivantes :

3.4.1 Le contrôle doit être neutre et objectif

La démarche de contrôle doit être **impartiale** c'est-à-dire que l'administrateur doit agir dans le seul cadre de ses fonctions et que son action n'est pas exécutée « *d'initiative ou sur ordre hiérarchique* » mais répond à une nécessité justifiée par des impératifs de bon fonctionnement et de sécurité.

3.4.2 Le contrôle doit être transparent

La démarche du contrôle s'inscrit dans une logique de transparence vis à vis des Utilisateurs qui doivent être préalablement informés par le CHSL de la mise en place d'un dispositif de contrôle (pas de surveillance à l'insu des Utilisateurs).

3.4.3 Le contrôle doit être proportionnel

Les contrôles opérés doivent être conformes aux finalités déclarées pour chaque dispositif de surveillance.

3.4.4 Le contrôle doit être adéquat

Faisant écho au principe de nécessité, les moyens de contrôle mis en œuvre par l'administrateur sont ceux strictement nécessaires à sa mission, sans aller au-delà (ex. pas de contrôle du contenu même des messages si le contrôle du volume des pièces jointes ou des extensions de fichiers joints permet de vérifier l'utilisation optimale du réseau).

3.5 Les mots de passe

Les administrateurs n'ont pas connaissance des mots de passe des utilisateurs.

Les administrateurs peuvent cependant, lorsque la nécessité le justifie, utiliser des outils logiciels de cassage de mot de passe afin d'accéder à une ressource appartenant à un utilisateur.

Cette action d'utilisation d'outils logiciels de crack :

- Nécessite l'accord formel du DSI à moins que cela soit impossible ;
- Fait l'objet d'une trace spécifique, auditable ;
- Ne peut être réalisée que dans des cas d'urgence ou de nécessité absolue de service ;
- Ne peut pas être réalisée sur la seule initiative de l'administrateur ;
- Doit être immédiatement suivie d'une alerte auprès de l'utilisateur concerné dont on a changé le mot de passe, afin qu'il puisse à nouveau changer ce mot de passe pour revenir à une situation normale.

Les mêmes mesures sont prises lorsque l'administrateur doit forcer le changement de mot de passe d'un utilisateur.

L'administrateur possède des comptes à privilèges et des droits étendus. Dans ce contexte il doit faire preuve de la plus grande vigilance quant à la confidentialité et la protection de ses identifiants et moyens d'accès. Cette vigilance doit s'étendre aux éventuels comptes génériques ou partagés dont l'administrateur a connaissance

3.6 Accès aux données privées

Les administrateurs peuvent être amenés dans le cadre des opérations d'exploitation courante à accéder par erreur et en toute bonne foi à des informations d'ordre privé. Ils doivent dès qu'ils s'aperçoivent du caractère privé de ces informations cesser immédiatement leur consultation et ne pas les divulguer. Dans le cas où cet accès serait dû à la mauvaise utilisation des ressources informatiques par le propriétaire des informations (par exemple stockage d'informations privées dans un espace public) l'administrateur avertit l'utilisateur pour lui permettre de prendre les mesures adéquates.

En cas de dysfonctionnement grave du Système d'Information imputable à l'utilisation des ressources du SI à des fins privées, après consultation du DSI et information de l'utilisateur, l'administrateur peut être amené à supprimer des données ou des programmes d'usage privé sans préavis et sans recours possible de la part de l'utilisateur.

3.7 Impératif de maintenance de système

Si un administrateur constate un dysfonctionnement pouvant entraîner des conséquences importantes sur le SI (destruction de données, faille de sécurité, diffusion de malware) ou sur le fonctionnement général du CHSL, il lui appartient de prendre toutes les mesures techniques adéquates nécessaires pour mettre fin à ce dysfonctionnement.

Il doit notamment tenir compte du caractère d'urgence des actions nécessaires, quitte notamment à outrepasser certaines interdictions usuelles. Dans ce cas, il doit en informer immédiatement sa hiérarchie.

Il lui appartiendra, une fois la situation redevenue normale, de justifier l'importance des mesures prises et des règles outrepassées au regard de l'urgence de la situation à laquelle il a dû faire face.

4 DEVOIRS DES ADMINISTRATEURS

4.1 Généralités

La loi ne reconnaît pas aux administrateurs le secret professionnel tel qu'il existe pour d'autres professions réglementées (notaires, avocats, etc.).

Néanmoins, l'ensemble du dispositif juridique applicable à tout employé comporte des éléments encadrants très largement l'activité des administrateurs compte tenu de leur position technique.

4.1.1 Obligation de discrétion

L'administrateur est tenu à un devoir de discrétion, devoir d'autant plus grand que sa position technique lui donne accès à de nombreuses informations.

L'administrateur est tenu de verrouiller son écran quand il n'est pas présent et de ne pas laisser de documents accessibles sur son bureau en son absence.

4.1.2 Obligation de loyauté

Comme tout employé, l'administrateur est tenu à un devoir de loyauté vis-à-vis de sa hiérarchie.

4.1.3 Obligation de confidentialité concernant les données à caractère privé

Compte tenu du droit de toute personne à avoir un minimum de vie privée sur son lieu de travail, l'administrateur est tenu à une obligation de confidentialité vis-à-vis des données à caractère privé dont il pourrait avoir connaissance du fait de sa position technique.

4.1.4 Obligation du respect du secret des correspondances

Etant donné les textes régissant de manière globale le secret des correspondances (qu'elles soient sous format papier ou dématérialisées), les administrateurs sont tenus au strict respect du secret des correspondances.

4.1.5 Obligation du respect du secret des données médicales

Etant donné les textes qui régissent de manière globale le secret des données médicales (et notamment le décret confidentialité), les administrateurs sont tenus au strict respect du secret des données médicales.

Obligation de n'utiliser les outils qui lui sont mis à disposition (outil de prise de main à distance, outil de scan réseau, outil d'administration de la messagerie, etc.) que dans le cadre de ses missions d'administrateur.

4.1.6 Obligation de confidentialité

Les administrateurs ne doivent pas divulguer des informations qu'ils auraient été amenés à connaître dans le cadre de leurs fonctions, et en particulier lorsque celles-ci sont, couvertes par le secret des correspondances, relèvent de la vie privée des utilisateurs, sont couvertes par le secret médical et ne mettent en cause ni le bon fonctionnement technique des applications, ni leur sécurité, ni l'intérêt de l'entreprise. Ils ne sauraient non plus être contraints de le faire, sauf disposition législative particulière en ce sens.

4.2 Procédures applicables

Tout accès à des données de trace doit respecter les grands principes décrits ci-dessus.

La DSN peut procéder à des audits à caractère nominatif sur les traces enregistrées suite à un dysfonctionnement, une alerte de sécurité ou une présomption d'utilisation des ressources informatiques non conforme à la présente Charte. Dans le cas où l'investigation nécessaire concerne des données relatives à des patients, l'exploitation des traces est réalisée par la DSN.

L'administrateur ne doit pas altérer les traces.

Cet accès ne peut se faire que sur l'ordre explicite et écrit du Directeur Général ou des 2 directeurs adjoints DRH + DSI de l'établissement.

En particulier, les données fournies par l'administrateur à la hiérarchie dans le cadre d'un contrôle :

- Ne doivent pas outrepasser les grands principes décrits au §3.4, en particulier l'obligation de proportionnalité ;
- Ne doivent pas aller au-delà de ce que la déclaration CNIL de ces traces prévoit ;

En cas de désaccord entre la hiérarchie et les administrateurs sur les contrôles à opérer, la décision relèvera du Directeur Général ou des 2 directeurs adjoints DRH + DSI. Dans ce cas, la décision engagera la seule responsabilité du Directeur Général ou de son représentant, étant entendu qu'en aucune manière un agent n'est tenu d'exécuter un ordre manifestement illégal conformément aux dispositions juridiques en vigueur.

4.3 Remontées d'incidents de sécurité

En cas d'incident de sécurité jugé grave par l'administrateur, celui-ci :

- Est tenu de prendre toutes les dispositions nécessaires et urgentes afin de maintenir le système en état de fonctionnement et les données intègres et avec un niveau de confidentialité adéquat ;
- Est tenu de prévenir sa hiérarchie directe ainsi que le Responsable Sécurité des Systèmes d'Information ;

4.4 Réquisitions judiciaires

L'accès aux données de trace peut également être fait sur la demande des autorités judiciaires.

4.5 Accès à des données identifiées comme privées

En plus des dispositions décrites ci-dessus, au cas où le Service Informatique aurait besoin d'accéder à des données identifiées comme privées (par exemple pour une question de continuité de service ou pour une urgence vitale), cet accès se ferait dans le respect de la réglementation en vigueur, à savoir :

- Soit présence de l'Utilisateur
- Ou bien, en son absence, « celui-ci dûment appelé et invité à être présent » conformément aux dispositions réglementaires en vigueur et aux préconisations de la CNIL ;

5 SANCTIONS

Le non-respect ou la violation des règles et obligations de la présente charte engage la responsabilité de l'administrateur et constituera une faute susceptible de sanctions disciplinaires, telles que décrites dans le règlement intérieur et dans la charte utilisateur.

Charte Utilisateur

du Système d'Information du

Centre Hospitalier Sèvre & Loire

STATUT ET APPROBATION DU DOCUMENT

Statut : <input type="checkbox"/> provisoire <input checked="" type="checkbox"/> approuvé	Niveau de Classification : interne C.H.S.L.
Rédacteur :	Monsieur Yann GAUTREAU
Revu par :	Madame Anne-Claire BOSSARD-DURAND
Approuvé par :	M. PRESSE, le Directeur du C.H.S.L. Mme BOSSARD-DURAND, DSI du C.H.S.L. M. GAUTREAU, RSI du C.H.S.L. M. GAUTREAU, cSSI du C.H.S.L. Instances : Directoire du 09/12/2024, CME du 16/12/2024, Conseil de surveillance du 20/12/2024 CSE du 17/12/2024

Date	Quoi	Qui	Détail
17/06/2024	Création	YGa	
14/10/2024	Révision	YGa	Révision en vue de présentation aux instances
03/12/2024	Modification	YGa	Ajout cartouche de datation
20/12/2024	Approbation	CP	

1	LEXIQUE.....	4
2	PREAMBULE.....	5
2.1	Esprit.....	5
2.2	Objectifs essentiels.....	6
2.3	Portée.....	6
2.3.1	Notion d'« Utilisateur »	6
2.3.2	Notion de « S ystème d' I nformation (SI) »	6
2.3.3	Applicabilité.....	6
2.4	Nature et effet	7
2.5	Publication et affichage	7
2.6	Corpus documentaires	7
2.7	Spécifications CNIL.....	7
3	ENGAGEMENT DES UTILISATEURS.....	8
3.1	Condition d'accès au Système d'Information	8
3.1.1	Un accès sécurisé	8
3.1.2	Un usage loyal et professionnel.....	9
3.1.3	Une classification de l'information.....	9
3.2	Règles générales de sécurité et de bon usage	10
3.2.1	Généralités.....	10
3.2.2	Protection des codes d'accès.....	11
3.2.3	Confidentialité de l'information.....	11
3.3	Règles spécifiques	12
3.3.1	Usage des espaces de fichiers commun.....	12
3.3.2	Usage de la messagerie	12
3.3.3	Services Internet (Web, ftp, ...).....	13
3.3.4	Matériels et logiciels tiers	13
4	CADRAGE DES OPERATIONS DE CONTROLE.....	14
4.1	Généralités	14
4.2	Spécificité des contrôles des connexions à l'Internet	14
4.3	Spécificité des contrôles d'usage de la messagerie.....	14
4.4	Spécificité des contrôles du DPI.....	15
4.5	Exploitation des fichiers de journalisation et de traces.....	15
4.6	Périodicité	15
4.7	Procédures applicables	15
4.8	Réquisitions judiciaires.....	15
4.9	Accès à des données identifiées comme privées	15
4.10	Accès aux mots de passe	16
4.11	Cas particulier des dispositifs de déchiffrement.....	17
5	VIE PRIVEE	18
5.1	Généralités	18
5.2	Rôle et limite du champ d'action des administrateurs système	18
5.3	Encadrement de l'espace informatique privé sur le lieu de travail	18
6	SANCTIONS.....	19

2 PREAMBULE

2.1 Esprit

Le Système d'Information (SI) du Centre Hospitalier Sèvre & Loire est désormais un outil indispensable pour de nombreux professionnels. Cette tendance ne fera que s'amplifier et s'accroître avec l'arrivée de nouvelles fonctionnalités au cœur du métier de l'hôpital (prescription connectée, plan de soins, télémédecine, etc.), entraînant des exigences croissantes en matière de sécurité et de performance du SI.

La gestion des ouvertures et fermetures des droits des utilisateurs est pensée au niveau de l'Établissement, selon une procédure spécifique.

Cette performance et cette sécurité reposent sur le respect d'un certain nombre de règles et de bonnes pratiques applicables à la fois pour les utilisateurs et pour les informaticiens. De telles règles sont rendues d'autant plus nécessaires que l'évolution rapide des technologies, tant en fonctionnalité qu'en simplicité d'utilisation, et l'ouverture aux réseaux externes font apparaître de nouveaux risques.

Certains de ces risques peuvent être maîtrisés par des outils technologiques (pare-feu, anti-virus, outils de surveillance des systèmes, etc.). D'autres en revanche ne peuvent être maîtrisés sans une implication forte de chaque utilisateur. Pour cela, une prise de conscience individuelle et collective des enjeux de la sécurité du SI est indispensable, tant pour l'institution que pour l'utilisateur, notamment en ce qui concerne la responsabilité civile et pénale.

En outre, l'application de procédures de sécurité et la mise en œuvre des outils associés doit rester compatible avec les contraintes de fonctionnement opérationnel. En effet, un système sécuritaire trop contraignant pourrait in fine devenir bloquant pour la performance de fonctions métier supportées par le SI.

C'est pourquoi cette charte se veut pragmatique et pédagogique. Elle doit susciter pour chaque utilisateur du SI des réflexes d'autorégulation favorisant une utilisation sûre et performante des services informatisés offerts aux professionnels du C.H.S.L.

La présente **Charte Utilisateur** du **Système d'Information** n'a pas vocation à être un guide d'utilisation des outils informatiques et renvoie pour cela le lecteur aux guides pratiques et documentations publiés sur l'Intranet.

Cette charte affiche l'engagement de la Direction Générale concernant la déontologie vis-à-vis du respect des patients, de la vie privée des utilisateurs du SI, ainsi que la construction d'une culture sécurité globale à tout l'établissement.

2.2 Objectifs essentiels

La présente charte a pour but de définir les règles de sécurité et de bon usage du Système d'Information du C.H.S.L.

Il s'agit de fournir à tous les intervenants, y compris ceux chargés de la mise en œuvre du Système d'Information (SI), un document de référence formalisant les règles de sécurité et les comportements attendus des utilisateurs.

Il s'agit aussi de regrouper ces règles, qui existent la plupart du temps mais sont comprises dans des documents de valeur diverses et souvent distincts.

Le Système d'Information est un **outil professionnel** essentiel pour le C.H.S.L., concernant des informations de nature médicale, scientifique, de gestion du personnel ou technique et dont le bon fonctionnement est **conditionné par un usage loyal et responsable par l'ensemble des utilisateurs**.

Ces règles de bon usage relèvent avant tout du bon sens et ont pour but :

- D'assurer à chaque utilisateur un fonctionnement optimal des services informatisés nécessaires à son activité professionnelle ;
- De garantir le respect de la réglementation et de l'éthique ;
- D'être conforme à la politique de sécurité du SI ;

Cette charte s'applique à tout utilisateur interne ou externe au C.H.S.L., qui est réputé en avoir pris connaissance et en avoir accepté les termes.

2.3 Portée

2.3.1 Notion d'« Utilisateur »

Est considéré comme utilisateur toute personne physique formellement autorisée à accéder au SI du C.H.S.L., quel que soit son statut (personnel permanent ou intérimaire, stagiaire, étudiant, partenaire hébergé, prestataire externe, délégué syndical, etc.).

Un utilisateur est donc une personne, ou un groupe de personnes qui sont liés au C.H.S.L. par une relation contractuelle de type droit du travail, convention de stage, contrat relevant du code de la commande publique ou de tout autre code en vigueur.

2.3.2 Notion de « Système d'Information (SI) »

On entend par Système d'Information (ci-après le « SI ») l'ensemble des ressources, matérielles et logicielles, des moyens techniques, et des procédures et moyens humains et organisationnels, mis en jeu dans la création, le stockage, le traitement, l'archivage, la transmission, la diffusion et la communication des données et informations utilisées dans le fonctionnement de l'établissement quel que soit leur support (numérique, papier, oral). Cela inclut entre autres : les logiciels (applications informatiques, systèmes de messagerie électronique, outils bureautiques, systèmes d'exploitation, outils d'administration, utilitaires, bases de données...), les matériels informatiques ou bureautiques (serveurs, ordinateurs et téléphones – fixes ou portables –, PDA, imprimantes et photocopieurs, etc.), les équipements des réseaux de données (routeurs, commutateurs, autocommutateurs, fax...), les médias de stockage (disques durs, CD-ROM, clés USB, ...) et les équipements de production.

2.3.3 Applicabilité

La présente charte s'applique au Système d'Information numérique du C.H.S.L., soit à l'ensemble des fonctions informatisées participant à la mission de soins du C.H.S.L., qu'il s'agisse des services de soins eux-mêmes ou des services de support (administration, logistique, ...).

2.4 Nature et effet

Cette charte est rédigée par le référent Sécurité des Systèmes d'Information (rSSI), inspirée de celle réalisée par le RSSI du GHT de Loire Atlantique, et proposée à la validation de la Direction Générale du C.H.S.L. et des instances.

La présente charte fait partie intégrante du Règlement Intérieur du C.H.S.L. conformément aux dispositions légales et réglementaires. Les dispositions qu'elle contient ont une force juridique équivalente à celles du règlement intérieur. La violation des dispositions de cette charte peut constituer une faute susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires et/ou engager la responsabilité civile et pénale de celui qui commet cette violation.

Dans le cas d'intervenants externes, cette charte est annexée au contrat entre le C.H.S.L. et l'organisme ou l'entreprise prestataire qui doit garantir son application auprès de ses employés en mission au C.H.S.L.

Il est important de noter que cette charte ne peut s'appliquer qu'aux individus qui sont liés au C.H.S.L. par un lien juridique. Cela exclut donc de fait les individus qui n'ont aucune relation juridique avec le C.H.S.L. comme les visiteurs temporaires, les bénévoles qui ne seraient pas liés au C.H.S.L. par le biais d'une convention avec une association, etc.

Tout individu n'ayant aucun lien contractuel avec le C.H.S.L. ne dispose d'aucun droit sur le Système d'Information du C.H.S.L. et n'a pas à y avoir accès.

Elle s'applique dès son passage aux instances de l'établissement, conformément à la législation en vigueur.

2.5 Publication et affichage

La présente charte est publiée sur l'Intranet du C.H.S.L. et diffusée par les canaux de communication habituels (notes de service, etc.).

De plus, elle sera annexée et/ou intégrée :

- Aux contrats et marchés passés avec les prestataires du C.H.S.L., dans une version adaptée aux fournisseurs
- Aux conventions passées avec les organismes de recherche et d'enseignement publics ou privés, dans une version adaptée aux fournisseurs

2.6 Corpus documentaires

L'ensemble des documents qui régissent les règles de bon usage du Système d'Information sont la Politique de Sécurité du Système d'Information et ses documents associés.

2.7 Spécifications CNIL

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 (art 32), les données des agents dans le contexte de leur activité professionnelle sont susceptibles d'être collectées pour être traitées dans le cadre des obligations de gestion de l'institution, ou afin de mettre à disposition des logiciels utilisés par les agents dans le cadre de leurs missions.

Par exemple :

- Collecte et traitement de données afin de gérer la carrière et la paye des agents ;
- Collecte et traitement de données dans le cadre de la bonne gestion des ressources de l'établissement : affectation des PC ou des véhicules à des agents ;
- Collecte et traitement de données afin de mettre à disposition des outils informatiques : logiciels métiers, logiciels bureautiques, etc. ;

Tous les traitements font l'objet de déclaration CNIL conformément à la loi du 6 janvier 1978. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé auprès des responsables de traitement.

3 ENGAGEMENT DES UTILISATEURS

3.1 Condition d'accès au Système d'Information

L'accès au SI du C.H.S.L. obéit aux grands principes suivants :

3.1.1 Un accès sécurisé

3.1.1.1 Principe d'identification

Tout utilisateur du Système d'Information est identifié nominativement et accède aux ressources du SI à l'aide de moyens d'accès (login / mot de passe, carte à puce, etc.) qui lui sont délivrés personnellement en tenant compte de sa fonction et de l'organisation dans laquelle il exerce au C.H.S.L.. Ces cartes, codes d'accès et les mots de passe associés sont confidentiels et ne doivent pas être divulgués à un tiers sauf circonstances exceptionnelles.

Les utilisateurs du SI ne doivent en aucun cas :

- Dégrader leur carte d'établissement afin de masquer ou falsifier leur identité
- Masquer leur véritable identité lors d'un accès au SI ;
- Usurper l'identité d'un autre utilisateur
- Permettre ou faciliter l'utilisation de leur propre identité par toute autre personne
- Contourner les mécanismes de protection du SI
- Utiliser les failles d'un composant du système pour contourner les règles de sécurité du SI

La capacité d'accéder à une information, qui résulterait d'un dysfonctionnement du système d'habilitation, d'une erreur humaine ou d'une faille d'un outil informatique, ne constitue pas un droit d'accès à cette information. Tout utilisateur qui utiliserait une telle faille serait en faute et s'exposerait à des sanctions.

Le cas particulier des identifications génériques (c'est-à-dire associées non pas à un individu, mais à un service, une UF, un groupe de personne, etc.) est dérogatoire et validé par le Service informatique (et éventuellement le rSSI) sur justification et au cas par cas. Ces dérogations font l'objet d'une traçabilité spécifique.

3.1.1.2 Principe de traçabilité

Tout accès logique au SI est sécurisé par une étape d'identification et d'authentification de l'Utilisateur, qui doit fournir son couple d'identifiant et mot de passe ou tout moyen d'authentification mis en place dans l'organisme (ex. cartes d'établissement ou cartes de type CPS/CPE).

Ce contrôle d'accès logique permet à chaque connexion de l'Utilisateur l'attribution de droits et privilèges propres définis en considération stricte des besoins du poste qu'il occupe (ci-après le « compte Utilisateur »).

D'une manière générale, l'Utilisateur admet que toute connexion au SI permet son identification et qu'elle constitue une acceptation implicite de l'enregistrement automatique de traces de son activité.

3.1.1.3 Principe d'imputabilité

Tous les secrets et moyens d'authentification (cartes à puce, codes PIN, mots de passe, etc.) sont strictement personnels et il est interdit de les communiquer, de les prêter à un tiers ou de les partager.

Il en résulte que chaque Utilisateur est tenu pour responsable des opérations effectuées à partir de son compte Utilisateur, dont l'utilisation est réputée, a priori, être de son fait. Il s'agit notamment des opérations d'authentification (par exemple connexion à un progiciel) et de signature (lorsqu'un dispositif de signature numérique type carte CPE/CPS est mis en œuvre).

3.1.2 Un usage loyal et professionnel

Les moyens mis à la disposition de l'Utilisateur par l'établissement doivent être mis en œuvre dans une finalité professionnelle et leur utilisation doit rester conforme aux besoins du service et aux intérêts de l'établissement.

L'usage de l'outil informatique doit donc être **licite et conforme** au cadre légal et réglementaire existant et à la déontologie. L'accès aux données doit respecter également la notion de secret professionnel, propre à chaque métier.

Les règles énoncées ci-après n'ont aucun caractère exhaustif. La réglementation et la jurisprudence évoluent assez régulièrement dans ce domaine, et il est vivement conseillé de se rapprocher de sa Direction en cas de doute sur le caractère licite d'un usage particulier.

Dans tous les cas, l'usage de l'outil informatique doit être conforme aux règles professionnelles, aux procédures et référentiel internes ainsi qu'aux obligations contractuelles des utilisateurs.

3.1.3 Une classification de l'information

Tout utilisateur peut être amené à avoir connaissance ou à manipuler des informations plus ou moins sensibles sur le plan de la confidentialité. Il est de son devoir de ne pas diffuser à l'extérieur du C.H.S.L. les informations qui pourraient nuire au fonctionnement ou à l'image de l'institution ou porter préjudice à une personne, qu'elle soit employée par le C.H.S.L. ou patient de l'Hôpital. Les informations internes au C.H.S.L. sont accessibles aux professionnels dans la mesure où elles sont nécessaires à l'exercice de leur fonction.

De manière générale, les informations peuvent être classées en trois catégories de criticité croissante :

- Les informations de niveau « Public » qui peuvent être diffusées librement à l'intérieur et à l'extérieur du C.H.S.L. Il s'agit, par exemple, de toute information utile à l'utilisateur dans sa relation avec le C.H.S.L. (numéros de téléphone des secrétariats des services de soins, adresse du site Web du C.H.S.L., ...)
- Les informations de niveau « Interne C.H.S.L. ». Ces informations sont accessibles sans restriction à tout personnel du C.H.S.L. pour qu'il en fasse usage dans le cadre de sa fonction et dans le respect des procédures internes et du règlement intérieur. Ce type d'information ne doit cependant pas être diffusé à l'extérieur du C.H.S.L. car pouvant perturber le fonctionnement des services (par exemple, les numéros de téléphone directs des personnels du C.H.S.L., médecins, directeurs, ou de locaux, etc.)
- Les informations de niveau « Accès restreint ». Ces informations présentent un niveau de criticité élevé au regard d'un des critères suivants :
 - Informations nominatives, médicales ou administratives, concernant un patient
 - Informations concernant le personnel du C.H.S.L.
 - Informations sensibles au regard des critères de sécurité (disponibilité, intégrité, confidentialité)
 - Informations de production personnelle (bureautique)
 - Informations relatives à la vie privée
 - Informations de management ou d'organisation du C.H.S.L. (politique, stratégie)
 - Informations relatives à la sécurité et aux contre-mesures associées
 - Informations possédant une valeur financière ou scientifique (travaux de recherche)

Les informations de type « Accès restreint » doivent être manipulées et / ou transmises dans le respect de la réglementation en vigueur—comme par exemple le Code de la Santé Publique, le décret confidentialité.

La classification d'une information est directement applicable au média informatique qui sert à la traiter, à la stocker ou à la communiquer. C'est la classification la plus élevée des informations contenues dans le média qui s'applique à celui-ci dans sa totalité.

3.2 Règles générales de sécurité et de bon usage

3.2.1 Généralités

Chaque utilisateur s'engage à :

- Respecter les règles de gestion relatives à la classification et la protection des informations et documents ; différentes instances internes au C.H.S.L. traitent des questions de confidentialité de données et des politiques d'habilitation associées ;
- S'assurer que ses données sont régulièrement sauvegardées, conformément aux recommandations prévues et aux solutions mises à disposition, et tout en évitant les stockages redondants ou inutiles ; le service informatique peut être contacté en cas de question sur ce sujet ;
- Ne pas installer des matériels ou logiciels autres que ceux validés par le C.H.S.L. ;
- Ne pas dupliquer ou utiliser les logiciels mis à leur disposition, sous peine de constituer un acte relevant de la contrefaçon, en dehors des limites des droits d'utilisation acquis par l'organisme ;
- Ne pas effectuer des installations et/ou des connexions non autorisées, en particulier établir une connexion physique et/ou logique alors qu'une connexion au réseau de l'établissement est en cours (modems, LAN, ...) ;
- Ne pas volontairement modifier ou supprimer les outils de sécurité mis en place pour la protection du Système d'Information ; en particulier,
 - Changer la configuration du logiciel anti-virus installé sur son ordinateur professionnel par le service informatique ;
 - Modifier la configuration des postes et autres moyens mis à sa disposition (messagerie, réseau, Internet, ...) sur des paramètres ayant trait à la sécurité du poste de travail et son environnement ;
 - Effectuer des opérations qui pourraient causer, de manière directe ou indirecte, une atteinte à l'intégrité, la disponibilité et la confidentialité des moyens informatiques et des informations dont l'établissement est propriétaire.

Concernant les documents papier, les utilisateurs sont invités à prendre les précautions suivantes :

- Impression sécurisée par utilisation de code PIN ;
- Prendre garde aux oublis de documents dans les imprimantes et les photocopieurs multifonction ;
- Rangement sous clé des documents sensibles ;
- Broyage des documents sensible avant de les jeter ;

Les utilisateurs doivent également prendre garde au comportement à l'extérieur du C.H.S.L., et notamment :

- Ne pas diffuser de données pouvant nuire à l'image de l'établissement ;
- Devoir de réserve lors d'échanges oraux dans les lieux publics ou avec des personnes non habilitées ;
- Utilisation d'appareils nomades dans les lieux publics (wifi non protégé, « shoulder-surfing », etc.) ;
- Protection des biens de l'établissement en dehors des locaux (postes portables, smartphones, carte d'établissement, carte matricielle, USB, papier, etc.) ;
- Accès à distance depuis des postes non maîtrisés (session laissée ouverte, copie de données, postes « à risques » type cybercafé, etc.).
- Les utilisateurs doivent également remonter sans délai :
 - Les événements ou incidents de sécurité suspectés ou avérés
 - Les anomalies et failles de sécurité
 - Les vols/pertes de matériel ou d'informations du C.H.S.L.
 - Les violations des règles de sécurité définies.
 - Etc ...

Par exemple sont interdits :

- Le fait d'utiliser des outils mettant sciemment en cause l'intégrité du SI ou de propager des virus informatiques, notamment en introduisant sur le SI des CD Rom, DVD Rom, clé USB ou tout autre support de stockage externes détenus à titre personnel,
- Le fait d'utiliser des outils d'analyse de type balayage (« scan ») ou repérage (« sniff ») ou tout autre moyen de surveillance et d'écoute du trafic réseau ;
- Le fait de contourner ou tenter de contourner des moyens ou procédures de sécurité (ex. utilisation d'« anonymiseurs »).

3.2.2 Protection des codes d'accès

Les codes d'accès et les mots de passe garantissent la confidentialité des informations. Ils signent les accès de l'utilisateur et constituent des éléments clés de la traçabilité des accès aux informations et aux ressources du SI.

Chaque utilisateur est responsable de la confidentialité de ses codes d'accès, il lui incombe d'appliquer les bonnes pratiques suivantes :

- Utiliser les moyens mis à disposition pour s'authentifier de manière nominative ;
- Choisir un mot de passe non trivial, de longueur suffisante (12 caractères au minimum et plus selon les systèmes concernés), en incluant des caractères non-alphabétiques tels que #, &, _, etc.
- Si besoin, se référer aux productions de la CNIL sur cette question (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046432885>)
- Changer régulièrement son mot de passe et chaque fois qu'il y a doute sur sa confidentialité
- Ne jamais communiquer son mot de passe à un tiers sauf circonstance exceptionnelle (urgence vitale par exemple) et dans ce dernier cas, le changer dès le retour à une situation normale ;
- Protéger ses éléments d'authentification ;
- Ne pas masquer ou tenter de masquer sa véritable identité ;
- Ne pas accéder ou tenter d'accéder au compte d'un autre Utilisateur sans l'autorisation de celui-ci ;
- Ne pas conserver une copie de ses secrets d'authentification, sur papier ou sous format électronique, qui ne serait pas protégé comme une donnée classifiée ;
- Ne pas quitter son poste de travail en laissant sa session active.

3.2.3 Confidentialité de l'information

Chaque utilisateur s'engage à :

- Ne pas diffuser des informations, à fortiori sensibles, sur les lignes ou réseaux non sécurisés tels que le fax et le téléphone en externe, la messagerie électronique ou Internet ;
- Ne pas permettre la divulgation à des tiers non autorisés de données à caractère personnel ou confidentiel présentes sur le Système d'Information ; cette règle doit être scrupuleusement respectée lors de l'utilisation de support de stockage externe type clé ou disque dur USB, DVD, etc. ;
- Ne pas diffuser en dehors du C.H.S.L. des informations confidentielles, à fortiori nominatives ou médicales ;
- Lorsqu'il est responsable d'un traitement de données nominatives au sens de la loi informatique et liberté, procéder à la déclaration CNIL de tout fichier ou application contenant des données à caractère personnel ;
- Respecter la limite de ses habilitations, droits d'accès et/ou privilèges, en fonction de chaque application ;
- Dans le cadre du chiffrement de données professionnelles :
 - Utiliser les outils et clés de chiffrement fournis par les équipes informatiques du CHSL,
 - Chiffrer également au moyen de la clé fournie par l'établissement.
- Ne pas limiter par un mot de passe l'accès à des fichiers ou mettre en œuvre tout autre moyen (chiffrement des données par exemple) susceptible d'entraver la continuité du service ou les opérations de maintenance ou de contrôle ;

Concernant la confidentialité des informations, nous attirons fortement l'attention sur les règles spécifiques qui régissent les informations de nature médicale. Les utilisateurs sont invités à prendre connaissance de la charte de l'information médicale de l'établissement et de la réglementation sur ce sujet ou à se rapprocher de leur direction en cas de doute sur ce sujet.

Il est strictement prohibé d'utiliser les répertoires communs (accessibles à tous les utilisateurs) des serveurs bureautiques du C.H.S.L. afin de créer, de stocker, d'échanger ou de publier des fichiers comprenant des données nominatives qu'il s'agisse de données concernant les patients, le personnel ou toute personne physique. Cette règle s'applique à tous les types de fichiers (Word, Excel, Access, Power Point, PDF, Images, ...).

3.3 Règles spécifiques

	Compte tenu de l'évolution continue des techniques et des solutions, les listes d'autorisations et de refus précisées ci-après ne sont pas exhaustives. Il est nécessaire d'en appréhender l'esprit.
---	--

3.3.1 Usage des espaces de fichiers commun

Par défaut, les fichiers et répertoires stockés sur les espaces communs (serveurs de fichiers, espace dans l'explorateur identifiés par des lecteurs au-delà de la lettre « E ») sont réputés professionnels.

L'utilisateur s'engage à ne pas :

- Chiffrer par ses propres moyens des données, même personnelles ; l'usage de logiciel de cryptage à ces fins est strictement interdit en dehors de ceux fournis par l'institution ;
- Stocker des données personnelles sur les espaces réservés aux données professionnelles ;
- Stocker des données professionnelles sur les espaces réservés aux données personnelles ;

3.3.2 Usage de la messagerie

L'utilisateur s'engage à :

- Assumer la responsabilité du contenu et de la forme de tout message qu'il émet avec son adresse de messagerie établissement. Il ne doit pas se faire passer pour une autre personne en utilisant son adresse ;
- En cas de réception d'un message ne lui étant pas destiné il est demandé à l'utilisateur de le supprimer et d'avertir l'émetteur. Dans la mesure du possible il doit également éviter d'en prendre connaissance.
- Se conformer aux règles de gestion relatives à la classification et la protection des informations et documents. A cet égard, l'utilisateur s'engage, en fonction de la nature et de la sensibilité des informations qu'il transmet, à utiliser les outils mis à sa disposition (ex. logiciel de chiffrement des données) ;
- Prévenir toute confusion ou erreur sur l'origine ou la destination des messages et en particulier, prévenir toute diffusion de données ou informations issues du SI à des destinataires non autorisés, ainsi que toute diffusion de données à caractère personnel à destination de tiers non autorisés. Pour éviter ce genre d'erreur il convient entre autres d'être vigilant aux homonymes.
- Prévenir tout engorgement du système de messagerie électronique et, à cet effet détruire ou archiver régulièrement ses messages ;
- Prévenir l'envoi et/ou, en cas de réception, l'ouverture de fichiers dits « exécutables » (programmes, logiciels ou applications, ...) en raison de la menace sérieuse qu'ils constituent pour la sécurité et l'intégrité du réseau de l'établissement (ex. risque majeur d'infection par un virus, risque d'intrusion par un tiers malveillant) ;
- Respecter les limitations de la taille des pièces jointes, de la nature des fichiers, du nombre des destinataires le cas échéant ;
- Le transfert automatisé des messages de la messagerie professionnelle vers une messagerie personnelle est interdit ;

L'utilisateur s'engage à ne pas :

- Utiliser des messageries instantanées de type MSN Messenger, Whatsapp, etc ... non approuvées par le service informatique ;
- Utiliser, aux fins d'envoi de courriers à caractère privé, les listes de diffusion (mailing lists), ainsi que les boîtes aux lettres collectives ou génériques, créées dans le cadre des activités de l'organisme ;
- Chiffrer les messages sortants, et tous les messages ou archives de messagerie, signalés comme « PERSONNEL », tant dans leur contenu qu'en ce qui concerne les fichiers (image, texte, ...) qui y sont attachés ;
- Participer à des « chaînes de solidarité » (appelés aussi « spam sociaux ») ;
- Diffuser des alertes virus ou autres messages de sécurité ; sur ce point, il est vivement conseillé à tout utilisateur ayant connaissance d'une alerte de sécurité de la communiquer directement à la DSN ou au RSSI, qui prendra les mesures conservatoires adéquates ;
- Utiliser depuis le C.H.S.L. des relais de messagerie de type webmail.

Responsabilité des utilisateurs

L'**hameçonnage** (ou **phishing**, et parfois **filoutage**), est une technique utilisée par des fraudeurs pour obtenir des renseignements personnels dans le but de perpétrer une usurpation d'identité. La technique consiste à faire croire à la victime qu'elle s'adresse à un tiers de confiance — banque, administration, etc. — afin de lui soutirer des renseignements personnels : mot de passe, numéro de carte de crédit, date de naissance, etc. L'hameçonnage peut se faire par courrier électronique, par des sites web falsifiés ou autres moyens électroniques.

Le C.H.S.L. dispose de moyens techniques permettant de filtrer les vecteurs habituels de communication du hameçonnage (filtres anti pourriels, filtre web, etc.). Cependant, aucun filtre n'est parfaitement efficace et il est impossible au C.H.S.L. de garantir qu'aucun site web, message électronique ou autre moyen de transmission ne puisse pénétrer le réseau interne du C.H.S.L.

Tout utilisateur est notamment informé du danger du hameçonnage. En particulier, tout utilisateur est informé du fait que toute transmission de renseignements personnels ou confidentiel (mot de passe, numéro de carte de crédit, etc.) par tout moyen de communication (messagerie, site web, téléphone, etc.), engage l'utilisateur et lui seul et dégage toute responsabilité du C.H.S.L. sur les conséquences de cet acte.

3.3.3 Services Internet (Web, ftp, ...)

L'utilisateur s'engage à :

- Ne pas modifier la configuration du logiciel de navigation (comme Internet Explorer). Tout besoin de déroger à cette règle est soumis à autorisation de la part du service informatique ; de manière générale, l'accès à l'Internet ne doit être réalisé qu'à partir des équipements fournis par l'établissement ;
- Ne pas participer ni publier d'informations sur des forums de discussion, des blogs externes ou des réseaux sociaux de type Facebook dans le cadre de l'activité professionnelle, sauf le cas des personnes ayant mandat de l'organisme ;
- Ne pas installer une ressource web partagée (site web, serveur FTP, etc.) sur son poste de travail ;
- Ne pas mener d'activités liées la création et l'administration de sites Web, blogs privés ou de réseaux sociaux de type Facebook, à l'aide des moyens professionnels mis à la disposition de l'Utilisateur
- Ne pas utiliser les réseaux P2P ni télécharger ou consulter des fichiers image/audio/vidéo sans lien avec l'activité professionnelle ou en violation de droits de tiers (notamment contrefaçon) ;

L'utilisateur s'engage à :

- Respecter les mesures de filtrage au moyen de listes de sites autorisés ou à l'inverse interdits ;

3.3.4 Matériels et logiciels tiers

Les règles d'installation et / ou de connexion de matériels et logiciels tiers, c'est-à-dire non fournis de base par le service informatique, sont décrites dans un document spécifique de Politique Technique de Sécurité, accessible sur simple demande au service informatique.

4 CADRAGE DES OPERATIONS DE CONTROLE

4.1 Généralités

Conformément à la législation et à la jurisprudence, les données hébergées dans le système d'information sont supposées être des données à caractère professionnel.

Toute opération de contrôle doit cependant respecter les principes suivants, garants de l'équité et du respect de la vie privée résiduelle sur le lieu de travail :

- **un contrôle neutre et objectif** : la démarche de contrôle doit être **impartiale** c'est-à-dire que l'administrateur doit agir dans le seul cadre de ses fonctions et que son action répond à une nécessité justifiée par des impératifs de bon fonctionnement et de sécurité ;
- **un contrôle transparent** : sa démarche s'inscrit dans une logique de transparence vis à vis des Utilisateurs qui doivent être préalablement informés par l'organisme de la mise en place d'un dispositif de contrôle (pas de surveillance à l'insu des Utilisateurs).
- **un contrôle proportionnel** : les contrôles opérés doivent être conformes aux finalités déclarées pour chaque dispositif de surveillance ;
- **un contrôle adéquat** : faisant écho au principe de nécessité, les moyens de contrôle mis en œuvre par l'administrateur sont ceux strictement nécessaires à sa mission, sans aller au-delà (ex. pas de contrôle du contenu même des messages si le contrôle du volume des pièces jointes ou des extensions de fichiers joints permet de vérifier l'utilisation optimale du réseau).

Toute action de l'utilisateur sur le système d'information est susceptible d'être tracée, et en particulier :

- La connexion / déconnexion au système d'information (login) ;
- La navigation Internet (web) ;
- L'usage de la messagerie ;
- Tout logiciel à caractère technique, bureautique ou métier ;
- L'usage des serveurs de fichiers ;
- L'usage de la téléphonie ;
- Etc ...

4.2 Spécificité des contrôles des connexions à l'Internet

La connexion à l'Internet est protégée par un dispositif de sécurité imposant l'identification nominative de l'utilisateur (Proxy). Ce dispositif sert également à interdire l'accès aux sites dont le contenu présente un caractère illégal, non conforme aux bonnes mœurs ou simplement sans rapport avec l'activité professionnelle des personnels du C.H.S.L. L'établissement se réserve, de plus, le droit de bloquer les accès à des sites jugés sans rapport avec l'activité professionnelle.

Les connexions et les accès aux sites WEB sont tracés dans des fichiers journaux. L'exploitation de ces traces est réalisée conformément aux dispositions décrites ci-après.

4.3 Spécificité des contrôles d'usage de la messagerie

Pour des raisons de qualité de service, le service informatique réalise des sauvegardes régulières des boîtes à lettres électroniques. De plus, compte tenu de la valeur légale des courriels professionnels, le service informatique peut être amené à archiver ces boîtes à lettres sans limite de durée.

Compte tenu de la tolérance accordée pour un usage privé de la messagerie, ces sauvegardes et archives peuvent contenir des messages privés. En effet, pour des raisons pratiques et pour garantir le respect de la vie privée, le service informatique ne peut effectuer de filtrage de ces courriels privés lors des opérations de sauvegarde et d'archivage (dans le respect du secret des correspondances).

En cas de dysfonctionnement ou d'alerte de sécurité, les administrateurs système du service informatique pourront être amenés à accéder aux courriels archivés qu'ils soient professionnels ou privés. Dans ce dernier cas, cet accès se fera dans le respect des dispositions légales de protection de la vie privée.

4.4 Spécificité des contrôles du DPI

Compte tenu de la nature des données contenues dans le DPI, l'accès aux traces se fera sous couvert de la DIM (**D**irection de l'**I**nformation **M**édicale).

La demande de contrôle sera réalisée par la Direction du C.H.S.L. Ils fourniront au DIM une liste d'utilisateurs concernés par la demande de contrôle pour une période définie de présence au sein du C.H.S.L.

4.5 Exploitation des fichiers de journalisation et de traces

La Charte de Sécurité et de bon Usage du Système d'Information est un élément clé de la politique de sécurité du SI du C.H.S.L. Cette politique prévoit, conformément au modèle normalisé ISO 27000, de réaliser des campagnes d'audit. Chaque campagne d'audit comporte un volet sur le respect de la Charte.

Les actions de contrôle sont réalisées dans le respect des obligations légales de l'employeur relatives à la cyber surveillance et la législation de la CNIL. Notamment, les contrôles sont réalisés par le recueil de données en masse pour une exploitation statistique ou par échantillonnage aléatoire sans cibler a priori un individu ou un groupe d'individus. En revanche, les mesures correctives pourront s'appliquer de façon ciblée si l'analyse statistique met en évidence des comportements hors norme ou non conformes. De même des analyses ciblées peuvent être réalisées en cas de suspicion de la violation de la confidentialité des informations ou des règles d'usage du système d'information.

Le service informatique procède à une exploitation statistique de fichiers de journalisation et de trace sous forme anonyme, à des fins opérationnelles (performance, continuité de service, sécurité). Cette exploitation consiste notamment à établir des statistiques relatives aux connexions, échanges de données et consommation de ressources informatiques (par exemple les espaces disques). Elle vise également à garantir la traçabilité des accès aux données sensibles du Système d'Information.

4.6 Périodicité

Les campagnes d'audit peuvent être déclenchées de façon aléatoire ou à la demande de la Direction du C.H.S.L. Concernant la confidentialité du dossier patient, la Direction a décidé de déléguer au service informatique la réalisation d'un audit périodique de confidentialité.

4.7 Procédures applicables

Tout accès à des données de trace doit respecter les grands principes décrits au 3.1 ci-dessus.

Le service informatique peut procéder à des audits à caractère nominatif sur les traces enregistrées suite à un dysfonctionnement, une alerte de sécurité ou une présomption d'utilisation des ressources informatiques non conforme à la présente Charte.

Cet accès ne peut se faire que sur l'ordre explicite et écrit de M. Cédric CARTAU, RSSI du GHT de Loire Atlantique. Dans certains cas sensibles, l'accord du Directeur des Ressources Humaines, voire du Directeur Général, peut être demandé.

4.8 Réquisitions judiciaires

L'accès aux données de trace peut également être fait sur la demande des autorités judiciaires.

4.9 Accès à des données identifiées comme privées

En plus des dispositions décrites au §4.6 et §4.7, au cas où le C.H.S.L. aurait besoin d'accéder à des données identifiées comme privées (par exemple pour une question de continuité de service ou pour une urgence vitale), cet accès se ferait dans le respect de la réglementation en vigueur, à savoir :

- Soit présence de l'utilisateur
- Ou bien, en son absence, « celui-ci dûment appelé et invité à être présent » conformément aux dispositions réglementaires en vigueur et aux préconisations de la CNIL ;

4.10 Accès aux mots de passe

En plus des dispositions décrites ci-dessus, au cas où le C.H.S.L. aurait besoin d'accéder aux données d'un agent pour des questions de continuité de service ou pour une urgence vitale.

Soit l'agent est présent, et il lui est demandé de communiquer son mot de passe à une tierce personne en prévision d'une absence (congés, maladie, maternité, déplacement professionnel, etc.) : l'agent est tenu de communiquer ce mot de passe à une personne et une seule, la direction d'appartenance de cet agent devant mettre en place un dispositif de décharge de l'agent concernant sa responsabilité dans l'usage de son mot de passe en son absence.

Soit l'agent est absent, et le service informatique pourra réinitialiser ce mot de passe et communiquer l'accès à une personne et une seule désignée par la hiérarchie de l'agent, le même dispositif de traçage devant être mis en place conjointement par le service informatique et la direction d'appartenance de l'agent.

4.11 Cas particulier des dispositifs de déchiffrement

Les communications chiffrées (https et pièces jointes chiffrées) peuvent faire l'objet d'un déchiffrement afin d'assurer la sécurité du SI et en particulier l'analyse antivirus, l'identification de logiciels malveillants et la surveillance des flux en sortie anormaux (qui sont souvent le signe d'une machine interne qui serait infectée par un malware).

Ces opérations de déchiffrement ne sont réalisées que par des équipements matériels et logiciels. Seuls les administrateurs système ont un accès aux données déchiffrées et aux traces d'accès, uniquement pour des opérations techniques et la protection du SI. Les données ne sont pas conservées dans les systèmes au-delà du temps nécessaire à l'analyse, sauf dysfonctionnement avéré qui entraînerait la nécessité de conserver des éléments matériels ou logiciels à des fins de procédure judiciaire.

5 VIE PRIVEE

5.1 Généralités

Un usage personnel des moyens informatiques mis à la disposition de l'utilisateur est exceptionnellement admis pour répondre à des situations d'urgence ou dans le cas des nécessités habituelles de la vie courante et familiale. En aucun cas, l'utilisation des ressources du SI à des fins privées ne doit mettre en péril le bon fonctionnement, la performance ou la sécurité du Système d'Information.

L'usage privé du SI doit rester conforme aux dispositions légales, règlementaires et professionnelles ainsi qu'à la déontologie. En cas de non-respect de ce principe, le C.H.S.L. se réserve le droit de prendre des sanctions, voire d'alerter les autorités compétentes.

5.2 Rôle et limite du champ d'action des administrateurs système

Les « administrateurs » peuvent être amenés dans le cadre des opérations d'exploitation courante à accéder par erreur et en toute bonne foi à des informations d'ordre privé. Ils doivent dès qu'ils s'aperçoivent du caractère privé de ces informations cesser immédiatement leur consultation et ne pas les divulguer. Dans le cas où cet accès serait dû à la mauvaise utilisation des ressources informatiques par le propriétaire des informations (par exemple stockage d'informations privées dans un espace public) l'administrateur avertit l'utilisateur pour lui permettre de prendre les mesures adéquates.

En cas de dysfonctionnement grave du Système d'Information imputable à l'utilisation des ressources du SI à des fins privées, la DSN peut être amenée à supprimer des données ou des programmes d'usage privé sans préavis et sans recours possible de la part de l'utilisateur.

5.3 Encadrement de l'espace informatique privé sur le lieu de travail

Les fichiers et répertoires

Le stockage de données privées est strictement limité à l'espace disque local à l'ordinateur de l'utilisateur.

L'attention est attirée sur le fait que cet espace privé n'est pas sauvegardé ni sécurisé : il appartient à l'utilisateur de s'assurer lui-même de la sauvegarde de ses données privées en dehors du système d'information de l'établissement.

Tous les fichiers et répertoires stockés sur les espaces partagés (serveurs de fichiers, serveur de données, etc.) sont supposés professionnels.

De manière générale, le stockage ou la sauvegarde des données privées est :

- *Préconisé* sur support amovible privé ;
- Toléré sur le disque dur du poste de travail, dans un dossier nommé « PRIVE » sur le disque dur ;
- Prohibé sur des ressources partagées ;

Les messages

Par défaut, tout message émis à partir ou reçu dans la boîte aux lettres d'un utilisateur est supposé professionnel.

Pour être considéré comme privé, un message devra avoir

Ou

- été déplacé dans un dossier de la messagerie intitulé « PRIVE ».
- dans son titre, le mot « PRIVE » libellé tel quel ;

Le strict non-respect de cette règle entraîne la présupposition du caractère professionnel du message.

Navigation Internet

Par défaut, l'usage de l'outil internet est réputé professionnel.

6 SANCTIONS

La responsabilité du C.H.S.L. peut être engagée du fait de l'action des utilisateurs, et en particulier en cas d'un usage non conforme aux lois et règlements.

Tout utilisateur peut être tenu pour responsable juridiquement de l'usage qu'il fait du Système d'Information. Sa responsabilité peut notamment être engagée sur le plan pénal, civil et professionnel.

Lorsque sa responsabilité pénale est reconnue, l'utilisateur s'expose notamment à des peines d'emprisonnement et d'amende.

Lorsque sa responsabilité civile est reconnue, l'utilisateur s'expose à des demandes de dommages-intérêts de la part de la victime.

La responsabilité civile de l'utilisateur peut être engagée en cas de manquement aux dispositions de la présente charte susceptible de constituer une faute et de causer un préjudice aux personnes et/ou aux biens, matériel et/ou immatériel.

Par ailleurs, l'administration ne sera pas tenue d'assurer la protection fonctionnelle de l'agent telle que prévue à l'article 11 de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires en cas de faute personnelle détachable du service.

Lorsque sa responsabilité professionnelle est reconnue, l'utilisateur s'expose à des sanctions disciplinaires.

La responsabilité professionnelle de l'utilisateur peut être engagée en cas de manquement aux dispositions de la présente charte susceptible de constituer une faute professionnelle telle qu'elle est définie par :

- Les lois ;
- Le statut de la fonction publique et en particulier les droits et obligations des personnels de la fonction publique hospitalière ;
- Les Codes de déontologie et les dispositions réglementaires applicables aux professionnels de santé concernés ;
- Le règlement intérieur du C.H.S.L. ;
- Les notes de service

Par ailleurs, en cas de non-respect de la présente Charte, le C.H.S.L. peut appliquer des mesures de restriction d'utilisation du SI, à titre provisoire ou définitif et se réserve le droit de déconnecter un utilisateur sans préavis, ou de neutraliser tout fichier manifestement illégal.

Les utilisateurs du Système d'information sont donc tenus de faire un usage licite et conforme aux lois et règlements du Système d'Information. Le non-respect de ces règles expose l'agent à des sanctions administratives ainsi qu'à des poursuites civiles ou pénales.