



# Règlement intérieur

## **CHI « Hôpitaux du Massif des Vosges »**

**26 rue du Nouvel Hôpital  
88187 Cedex  
SAINT-DIE-DES-VOSGES  
03 29 52 83 00**

DOC-GOUV.0001<sup>(17.10.22)</sup>

## PREAMBULE

Le règlement intérieur d'un établissement de santé et médico-social a pour finalité d'informer les patients, les résidents, le personnel et les personnes morales extérieures sur le fonctionnement de l'hôpital et sur l'organisation du séjour.

Y figurent donc des dispositions relatives aux organisations administratives et soignantes, à la sécurité, à l'hygiène, aux conditions matérielles de séjour ainsi que les principes que le personnel est tenu de respecter dans l'exercice de ses fonctions.

En outre, il doit garantir le respect des droits et obligations des patients que pose la charte de la personne hospitalisée, réactualisée par la circulaire DHOS/DGS/SD1B/SD4A n°2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée. A ce titre, il rappelle, conformément à l'article R 1112.2 du code de la santé publique, les règles applicables à l'admission et à la sortie du patient, à l'information et au consentement aux soins.

Il doit également concrétiser le respect des droits et obligations des personnes âgées dépendantes précisés dans la « Charte des droits et libertés de la personne accueillie » parue à l'Annexe de l'arrêté du 8 septembre 2003 et mentionnée à l'article L 311-4 du code de l'action sociale et des familles.

# SOMMAIRE

<b>PREAMBULE.....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>9</b>
<b>CHAPITRE 1.....</b>	<b>10</b>
<b>L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE DU CHI HÔPITAUX DU MASSIF DES VOSGES .....</b>	<b>10</b>
1.1. Conseil de Surveillance .....	10
1.1.1. Composition.....	10
1.1.2. Compétences.....	10
1.1.3. Fonctionnement .....	11
1.2. Directeur.....	11
1.3. Directoire.....	12
1.3.1. Composition.....	12
1.3.2. Compétences.....	12
1.4. Commission Médicale d'Etablissement.....	13
1.4.1. Composition.....	13
1.4.2. Modalités de désignation .....	13
1.4.3. Compétences.....	14
1.4.4. Fonctionnement .....	15
1.5. Comité Technique d'Etablissement.....	16
1.5.1. Composition.....	16
1.5.2. Compétences.....	16
1.5.3. Fonctionnement .....	17
1.6. Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques.....	17
1.6.1. Composition.....	17
1.6.2. Compétences.....	17
1.6.3. Fonctionnement .....	18
1.7. Organes consultatifs spécialisés .....	18
1.7.1. Commissions administratives paritaires locales.....	18
1.7.2. Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail.....	19
1.7.3. Conseil de bloc opératoire.....	20
1.7.4. Commission des Usagers .....	21
1.7.5. Le Conseil Médical et soignant .....	21
1.7.6. Autres commissions consultatives .....	22
<b>CHAPITRE 2.....</b>	<b>24</b>
<b>L'ORGANISATION MEDICALE ET SOIGNANTE DU CHI HÔPITAUX DU MASSIF DES VOSGES.....</b>	<b>24</b>
2.1. Organisation interne.....	24

2.1.1.	Projet d'Établissement – Projet Médical .....	24
2.1.2.	Pôles d'activité.....	25
2.1.3.	Chefs de pôle .....	25
2.1.4.	Contrats de pôle .....	26
2.1.5.	Chefs de service .....	26
2.2.	Organisation .....	27
2.2.1.	Temps de travail médical.....	27
2.2.2.	Code de déontologie médicale.....	27
2.2.3.	Visite médicale quotidienne .....	27
2.2.4.	Permanence médicale des soins – Permanence sur place ou d'astreinte .....	28
2.3.	Activité libérale.....	28
2.4.	Demi-journées d'activité d'intérêt général .....	29
2.5.	Traitement automatisé des informations nominatives - droits d'accès.....	29
<b>CHAPITRE 3</b> .....		<b>30</b>
<b>L'USAGER AU CHI HÔPITAUX DU MASSIF DES VOSGES</b> .....		<b>30</b>
3.1.	Dispositions générales.....	30
3.1.1.	Principe du libre choix du malade .....	30
3.1.2.	Accueil des personnes .....	30
3.1.3.	Accès aux soins des personnes démunies .....	30
3.1.4.	Respect de l'intimité.....	31
3.1.5.	Lutte contre la douleur.....	31
3.1.6.	Délivrance de soins palliatifs .....	31
3.1.7.	Livret d'accueil.....	31
3.1.8.	Mode d'admission .....	32
3.1.9.	Pièces à fournir au moment de l'admission .....	32
3.1.10.	Désignation d'une personne de confiance .....	32
3.1.11.	Intervention des personnels en cas d'urgence ou d'accident survenant à proximité d'un des sites .....	33
3.1.12.	Admissions en urgence.....	33
3.1.13.	Transfert après premiers secours ou admission .....	33
3.1.14.	Information à la famille et aux proches.....	34
3.1.15.	Traitement du patient .....	34
3.1.16.	Refus de soins et d'hospitalisation d'un malade .....	34
3.1.17.	Maladies à déclaration obligatoire .....	34
3.1.18.	Dépôts des objets de valeur .....	35
3.1.19.	Responsabilité de l'établissement.....	35
3.1.20.	Restitution des objets.....	35

3.1.21.	Choix du régime d'hospitalisation .....	35
3.2.	Dispositions particulières .....	36
3.2.1.	Consultations externes en activité libérale .....	36
3.2.2.	Prise en charge des frais d'hospitalisation .....	36
3.2.3.	Femmes enceintes et nouveau-nés.....	36
3.2.4.	Patients mineurs.....	38
3.2.5.	Majeurs protégés.....	40
3.2.6.	Militaires.....	40
3.2.7.	Etrangers - Admission.....	41
3.2.8.	Malades toxicomanes.....	41
3.2.9.	Patients psychiatriques.....	41
3.3.	Séjour de l'utilisateur au sein d'un site du CHI HMV .....	42
3.3.1.	Information du malade sur les soins et sur son état de santé .....	42
3.3.2.	Information de la famille et des proches.....	42
3.3.3.	Modalités d'exercice du droit de visite .....	43
3.3.4.	Comportement des visiteurs-accompagnants.....	43
3.3.5.	Horaires des visites.....	44
3.3.6.	Repas .....	44
3.3.7.	Détermination des menus .....	44
3.3.8.	Déplacement et comportement des patients hospitalisés - Désordres.....	44
3.3.9.	Hygiène .....	44
3.3.10.	Effets personnels - Jouets personnels .....	45
3.3.11.	Interdiction de fumer .....	45
3.3.12.	Courrier.....	45
3.3.13.	Télévision – Téléphone – Internet.....	45
3.3.14.	Service social – PASS.....	46
3.3.15.	Exercice du culte.....	46
3.4.	Sorties.....	46
3.4.1.	Préparation de la sortie .....	46
3.4.2.	Autorisations de sortie .....	46
3.4.3.	Formalités de sortie.....	47
3.4.4.	Sortie contre avis médical .....	47
3.4.5.	Sortie disciplinaire .....	47
3.4.6.	Sortie après refus de soins .....	47
3.4.7.	Sortie des mineurs en cours d'hospitalisation.....	47
3.4.8.	Sortie sans autorisation des usagers .....	48
3.4.9.	Sortie des nouveau-nés .....	48

3.4.10.	Sortie par transport en ambulance .....	48
3.4.11.	Questionnaire de satisfaction.....	48
3.5.	Relations entre médecins hospitaliers, médecins traitants et malades.....	49
3.5.1.	Conservation du dossier médical .....	49
3.5.2.	Communication du dossier médical .....	49
3.5.3.	Envoi d'un dossier médical succinct .....	49
3.5.4.	Information au médecin traitant.....	49
3.5.5.	Communications des résultats d'examens anatomo et cyto-pathologiques des malades hospitalisés et des consultants externes.....	50
3.5.6.	Communication des radiographies et examens d'imagerie médicale .....	50
3.6.	Fin de vie et décès des hospitalisés et personnes accueillies en hébergement.....	50
3.6.1.	Fin de vie.....	50
3.6.2.	Constat du décès .....	51
3.6.3.	Notification du décès.....	52
3.6.4.	Déclaration d'enfant sans vie .....	52
3.6.5.	Indices de mort violente ou suspecte.....	52
3.6.6.	Toilette mortuaire et inventaire après décès.....	52
3.6.7.	Sortie du corps du service .....	53
3.6.8.	Transport de corps après mise en bière.....	54
3.6.9.	Prélèvements d'organes .....	54
3.6.10.	Inhumation .....	54
3.6.11.	Mesures de police sanitaire.....	54
3.7.	Afflux massif de victimes .....	54
3.8.	Dispositions propres aux services d'hébergement des personnes âgées du CHI HÔPITAUX DU MASSIF DES VOSGES.....	55
3.8.1.	Etablissements - Catégories d'hébergement.....	55
3.8.2.	Le Conseil de la Vie Sociale (CVS) .....	56
3.8.3.	Le Règlement de fonctionnement.....	57
3.8.4.	Le Contrat de séjour .....	57
4.1.	Obligations.....	58
4.1.1.	Nécessité de service .....	58
4.1.2.	Assiduité et ponctualité du personnel.....	58
4.1.3.	Organisation du temps de travail .....	58
4.1.4.	Exécution des instructions reçues .....	58
4.1.5.	Information du supérieur hiérarchique de tout incident .....	59
4.1.6.	Conservation en bon état des locaux, matériels et effets.....	59
4.1.7.	Interdiction de pourboires ou rétributions en espèces.....	59

4.1.8.	Obligation de déposer argent, valeurs ou objets confiés par les usagers ou trouvés dans l'hôpital .....	59
4.1.9.	Cumul d'activité des fonctionnaires .....	59
4.1.10.	Identification du personnel .....	60
4.1.11.	Tenue vestimentaire de travail.....	60
4.1.12.	Tenue et comportement correct exigé.....	60
4.1.13.	Interdiction de fumer .....	61
4.1.14.	Usage de téléphone portable et tablette numérique .....	61
4.1.15.	Relations avec les usagers .....	61
4.1.16.	Secret professionnel.....	61
4.1.17.	Témoignage en justice ou auprès de la Police.....	62
4.1.18.	Obligation de discrétion professionnelle.....	63
4.1.19.	Préservation de l'indépendance des agents.....	63
4.1.20.	Obligation de réserve et principe de neutralité .....	63
4.1.21.	Interdiction des réunions publiques au CHI .....	63
4.1.22.	Utilisation du système d'information.....	63
4.2.	Divers.....	64
4.2.1.	Accès interdit aux démarcheurs, agents d'affaires .....	64
4.2.2.	Effets et biens personnels - Responsabilité.....	64
4.2.3.	Vestiaires .....	64
4.2.4.	Respect des règles d'hygiène et de sécurité .....	65
<b>CHAPITRE 5.....</b>	<b>66</b>	
<b>REGLES DE SECURITE, DE STATIONNEMENT ET DE CIRCULATION.....</b>	<b>66</b>	
5.1.	Nature et opposabilité des règles de sécurité.....	66
5.1.1.	Nature des règles de sécurité.....	66
5.1.2.	Opposabilité des règles de sécurité.....	66
5.2.	Accès aux établissements.....	66
5.2.1.	Accès aux enceintes des sites.....	66
5.2.2.	Accès à l'hélistation de l'hôpital de Saint-Dié .....	67
5.2.3.	Accès aux bâtiments.....	67
5.3.	Calme et tranquillité.....	67
5.4.	Règles de responsabilité et protection des agents .....	67
5.5.	Rapport avec les autorités de Police .....	67
5.6.	Circonstances exceptionnelles .....	68
5.7.	Sécurité du fonctionnement.....	68
5.7.1.	Sécurité incendie .....	68
5.8.	Circulation et stationnement des véhicules.....	69

5.8.1.	Circulation.....	69
5.8.2.	Stationnement.....	69
5.8.3.	Responsabilité.....	69
5.8.4.	Verbalisation.....	70
<b>CHAPITRE 6</b> .....		<b>71</b>
<b>POLITIQUE DE SECURITE DU SYSTEME D'INFORMATION</b> .....		<b>71</b>
6.1.	La charte informatique.....	72
6.1.1.	Objet du document.....	72
6.1.2.	Champ d'application.....	72
6.1.3.	Cadre réglementaire.....	73
6.1.4.	Critères fondamentaux de la sécurité.....	73
6.1.5.	Règles de sécurité.....	74
6.1.6.	Loi informatique et Règlement Général sur la Protection Données (RGPD).....	79
6.1.7.	Surveillance du système d'information.....	80
6.1.8.	Responsabilités et sanctions.....	81
6.1.9.	Droit à la déconnexion.....	82
6.1.10.	Date d'entrée en vigueur.....	82
6.1.11.	Dispositions finales.....	83
6.1.12.	Bibliographie.....	83
<b>CHAPITRE 7</b> .....		<b>86</b>
<b>DISPOSITIONS DIVERSES</b> .....		<b>86</b>
7.1.	Approbation du règlement intérieur.....	86
7.2.	Mise à disposition du règlement intérieur.....	86
7.3.	Mise à jour du règlement intérieur.....	86



## INTRODUCTION

Le Centre Hospitalier Intercommunal des Hôpitaux du Massif des Vosges regroupe les hôpitaux de Saint-Dié-des-Vosges, Gérardmer, Moyenmoutier, Fraize, Foucharupt et l'EHPAD les Charmes.

1072 lits et 277 places sont répartis au sein de ces différentes structures :

- 161 lits de Médecine, 28 lits de chirurgie, 14 lits de gynécologie obstétrique
- 30 places d'HAD, 10 places d'hôpital de jour, 10 places d'ESA,
- 110 lits de SSR, 4 places de réadaptation cardiaque
- 55 lits d'USLD, 704 lits d'EHPAD, 18 places d'accueil de jour
- 191 places de SSIAD

### **L'HOPITAL DE SAINT-DIE-DES-VOSGES**

L'établissement est le siège des activités de Médecine, Chirurgie, Obstétrique, 232 lits y sont installés

- 135 lits au sein du pôle Médecine dont 10 lits d'hôpital de jour et 30 lits de SSR
- 56 lits de chirurgie dont 14 en ambulatoire
- 14 lits de gynécologie obstétrique

Il dispose d'un service d'urgence.

### **L'HOPITAL DES 5 VALLÉES A MOYENMOUTIER**

285 lits y sont installés, 50 dédiés au secteur sanitaire et 235 à l'EHPAD.

L'offre de soins est aussi complétée par un service de soins infirmiers de 78 places, et un accueil de jour de 6 places associé à un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA).

### **L'HOPITAL CLAUDIUS REGAUD A GERARDMER :**

- 18 lits de Médecine
- 30 lits de Soins de Suite et de Réadaptation, dont 4 lits identifiés de soins palliatifs (LISP)
- 1 Centre Périnatal de Proximité
- 1 service d'Hospitalisation A Domicile de 50 places
- 1 Service de Soins Non Programmés ouvert tous les jours de 9h à 19h
- 1 Antenne SMUR ouverte tous les jours de 9h à 19h
- Des consultations spécialisées
- 1 Service de radiologie
- 1 Pharmacie à Usage Intérieur
- 1 EHPAD : 114 lits dont 4 lits d'hébergement temporaire
- 1 service d'USLD de 25 lits
- 1 SSIAD de 26 places
- 1 Accueil de jour de 6 places

### **L'HOPITAL DE FRAIZE**

- 8 lits de Médecine
- 132 places d'EHPAD
- 1 SSIAD de 57 places
- 10 places d'ESA

### **L'HOPITAL DE FOCHARUPT**

- 30 lits d'USLD
- 155 places d'EHPAD

### **L'EHPAD RESIDENCE « LES CHARMES »**

- 68 lits d'EHPAD dont 2 d'Hébergement temporaire et 6 places d'Accueil de Jour
- 36 places de SSIAD

# CHAPITRE 1

## L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE DU CHI HÔPITAUX DU MASSIF DES VOSGES

### 1.1. CONSEIL DE SURVEILLANCE

#### 1.1.1. Composition

Le Conseil de Surveillance du CHI HMV comprend 15 membres, à savoir :

- 5 représentants des collectivités territoriales ;
- 5 représentants du personnel médical et non médical de l'établissement ;
- 5 personnalités qualifiées ;

La composition nominative du Conseil de Surveillance est arrêtée par le Directeur Général de l'Agence Régionale de la Santé.

Assistent également ou peuvent assister aux séances du Conseil de Surveillance, avec voix consultative :

- le Directeur, Président du Directoire,
- le Président de la CME, Vice-Président du Directoire,
- le Directeur de l'Agence Régionale de la Santé,
- le Directeur de la Caisse d'Assurance Maladie,
- le représentant des familles des personnes accueillies dans les unités de long séjour,
- le représentant de la structure chargée de la réflexion éthique.

#### 1.1.2. Compétences

Le Conseil de Surveillance définit la politique générale de l'établissement et délibère sur :

- Le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ;
- La convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;
- Le compte financier et l'affectation des résultats ;
- Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un Centre Hospitalier Universitaire est partie prenante ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
- Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le Directeur ;
- Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son Directoire ou de son Conseil de Surveillance ;
- Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.

Il donne son avis sur :

- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- 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 mentionnés aux articles L. 6148-2 et L. 6148-3 ;
- le règlement intérieur de l'établissement,
- la convention de CHT qui ne comporte pas de CHU.

Le Conseil de Surveillance communique au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le Directeur et sur la gestion de l'établissement.

À tout moment, le Conseil de Surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification en application de l'article L. 6145-16, le Conseil de Surveillance nomme, le cas échéant, le commissaire aux comptes.

Le Conseil de Surveillance entend le Directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) ainsi que sur le programme d'investissement.

Le Conseil de Surveillance est informé de la nomination et de la révocation des membres du Directoire.

### 1.1.3. Fonctionnement

Le Conseil de Surveillance se réunit au moins quatre fois par an. Le secrétariat est assuré par la direction générale.

Il se réunit :

- sur convocation du Président,
- ou à la demande du Directeur Général de l'Agence Régionale de la Santé,
- ou à la demande de la moitié des membres.

Les séances du Conseil de Surveillance ne sont pas publiques. Les débats revêtent un caractère confidentiel.

Le Conseil de Surveillance est convoqué par lettre signée du Président, envoyée par la poste. Cette lettre est accompagnée de l'ordre du jour et des documents disponibles afin d'éclairer les délibérations du Conseil de Surveillance. L'ensemble est transmis au moins 7 jours à l'avance. Lorsque le quorum n'a pas été atteint à la première séance, la deuxième convocation doit être adressée à trois jours d'intervalle au moins de la première et à huit jours au plus.

## 1.2 DIRECTEUR

Le Directeur conduit la politique générale de l'établissement.

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

Le Directeur est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres qui relèvent de la compétence exclusive du Conseil de Surveillance. Il participe aux séances du Conseil de Surveillance. Il exécute ses délibérations.

Le Directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au Directeur Général du Centre National de Gestion la nomination des Directeurs adjoints et des Directeurs des soins. La commission administrative paritaire compétente émet un avis sur ces propositions. Sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du Président de la Commission Médicale d'Etablissement, il propose au Directeur Général du Centre National de Gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques.

Le Directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.

Le Directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger. Il peut déléguer sa signature, dans des conditions déterminées par décret.

Le Directeur est assisté d'une équipe de direction.

Pour répondre à la nécessité de la présence permanente sur place d'une autorité responsable, le Directeur organise avec les Directeurs adjoints de l'établissement et certains de ses collaborateurs choisis en raison de leurs fonctions, un service de garde administrative.

La garde de direction intervient du lundi au vendredi de 17H à 8H ainsi que les week-ends et jours fériés.

## 1.3. DIRECTOIRE

### 1.3.1. Composition

Le Directoire, présidé par le Directeur, est composé d'une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique. Il comporte sept membres :

- le Directeur, Président
- le Président de la Commission Médicale d'Etablissement, Vice-Président du Directoire,
- le Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques,
- des membres, pour certains appartenant aux professions médicales nommés par le Directeur sur présentation d'une liste de propositions établies par le Président de la Commission Médicale d'Etablissement.

La composition du Directoire est élargie par la désignation de membres invités permanents.

### 1.3.2. Compétences

Le Directoire :

- approuve le projet médical ;
- prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- conseille le Directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Par ailleurs, le Directoire est obligatoirement concerté sur l'ensemble des compétences dévolues au Directeur, Président du Directoire, permettant ainsi de :

1. Conclure le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ;
2. Décider, conjointement avec le Président de la Commission Médicale d'Etablissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
3. Arrêter le bilan social et définir les modalités d'une politique d'intéressement ;
4. Déterminer le programme d'investissement après avis de la Commission Médicale d'Etablissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;
5. Fixer l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;
6. Arrêter le compte financier et le soumettre à l'approbation du Conseil de Surveillance ;
7. Arrêter l'organisation interne de l'établissement et signer les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 ;
8. Proposer au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier de la présente partie ou des réseaux mentionnés à l'article L. 6321-1 ;

9. Conclure les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;
10. Conclure les baux emphytéotiques en application de l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L. 6148-3 ;
11. Soumettre au Conseil de Surveillance le projet d'établissement ;
12. Conclure les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;
13. Arrêter le règlement intérieur de l'établissement ;
14. A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décider de l'organisation du travail et des temps de repos ;
15. Présenter à l'Agence Régionale de Santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3 ;
16. Arrêter le « Plan Blanc » de l'établissement.

## 1.4. COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

### 1.4.1. Composition

La composition de la Commission Médicale d'Etablissement du CHI HMV est fixée comme suit :

- Les praticiens chefs de pôle (membres de droits)
- Le collège des chefs de service
- Le collège des praticiens titulaires
- Le collège des praticiens contractuels
- Le collège des médecins référents de site
- 1 représentant des sages-femmes ;
- 1 représentant des internes ;

**Assistent en outre avec voix consultative :**

- le Président du Directoire ou son représentant ;
- le Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques ;
- le praticien responsable de l'information médicale ;
- le représentant du Comité Technique d'Etablissement, élu en son sein ;

### 1.4.2. Modalités de désignation

#### **Dispositions générales relatives aux membres élus**

**A.** En dehors des membres de droit, des représentants des internes et des membres qui assistent avec voix consultative aux réunions de la commission, les sièges sont pourvus pour chaque catégorie de représentants par la voie de l'élection au scrutin secret uninominal majoritaire à deux tours.

Il est prévu un suppléant pour chaque siège attribué.

Nul ne peut être électeur et éligible à plus d'un titre.

Pour être élu au premier tour du scrutin, le candidat doit réunir la majorité absolue des suffrages exprimés et un nombre de suffrages au moins égal au tiers du nombre des électeurs inscrits. Si un deuxième tour de scrutin a lieu, l'élection s'effectue à la majorité relative, quel que soit le nombre de votants. Si plusieurs candidats obtiennent un même nombre de suffrages, le plus âgé est déclaré élu.

**B.** Lorsqu'un membre titulaire démissionne ou cesse d'appartenir à la catégorie ou à la discipline qu'il représente en cours de mandat, il est remplacé par le suppléant de la même catégorie ou de la même discipline qui a obtenu le plus grand nombre de voix.

Les fonctions des nouveaux membres prennent fin à la date à laquelle auraient cessé celles des membres qu'ils remplacent.

En l'absence d'autre membre suppléant dans la catégorie ou la discipline considérée, il est aussitôt pourvu au remplacement du membre suppléant devenu titulaire, dans des conditions prévues, ci-dessus.

**C.** La convocation ainsi que l'organisation des élections incombent au directeur de l'établissement. Un règlement électoral est établi lors de chaque renouvellement. Le Directeur proclame les résultats et arrête la liste des membres de la commission médicale d'établissement.

### **Dispositions spécifiques par collège**

Pour l'élection des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles, des praticiens titulaires de l'établissement, des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçants à titre libéral de l'établissement et des sages-femmes :

- Sont électeurs les personnels qui, à la date de clôture définitive des listes électorales fixée par le règlement des élections, se trouvent en position d'activité ou de congé dans chacun des collèges et catégories concernés et effectuent au moins trois demi-journées hebdomadaires au sein de l'établissement
- Sont éligibles les personnels figurant sur la liste des électeurs, à l'exception des praticiens en période probatoire ou de stage ; des praticiens associés ; des personnels en congé de maladie depuis plus d'un an ou en position de congé parental à la date de clôture des listes électorales.

Les représentants des internes sont désignés tous les six mois à chaque début de stage. Ils sont nommés par le président du directoire après avis des organisations représentatives des internes siégeant au sein de la commission de subdivision dont relève l'établissement.

### **1.4.3. Compétences**

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

- 1° Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 ;
- 2° Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
- 3° Le plan de redressement ;
- 4° L'organisation interne de l'établissement. A ce titre, la commission se prononce notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation en pôles de l'établissement ;
- 5° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- 6° La gestion prévisionnelle des emplois et compétences ;
- 7° La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire.

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

1. Le projet médical de l'établissement ;
2. La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;
3. La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;
4. La politique de formation des étudiants et internes ;
5. La politique de recrutement des emplois médicaux ;
6. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
7. Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement ;
8. Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;

9. Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
10. Le règlement intérieur de l'établissement ;
11. Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux.

Par ailleurs, la Commission Médicale d'Etablissement est informée sur les matières suivantes :

1. Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement ;
2. Les contrats de pôles ;
3. Le bilan annuel des tableaux de service ;
4. Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
5. La programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

La Commission Médicale d'Etablissement contribue également à :

- l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :
  - la gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement ;
  - les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
  - la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
  - la prise en charge de la douleur ;
  - le plan de développement professionnel continu (DPC) pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique.
- l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment :
  - la réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale ;
  - l'évaluation de la prise en charge des patients, et en particulier des urgences et des admissions non programmées ;
  - l'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs ;
  - le fonctionnement de la permanence des soins, le cas échéant par secteur d'activité ;
  - l'organisation des parcours de soins.

Enfin, la Commission Médicale d'Etablissement :

1° Propose au directeur le programme d'actions mentionné à l'article L. 6144-1. Ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables, notamment ceux mentionnés à l'article L. 6111-2. Il comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité. Ce programme est assorti d'indicateurs de suivi. La commission des usagers et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques contribuent à l'élaboration de ce programme d'actions.

2° Elabore un rapport annuel présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi. Le directeur tient le programme d'actions et le rapport annuel à la disposition du directeur général de l'agence régionale de santé.

#### 1.4.4. Fonctionnement

La Commission Médicale d'Etablissement élit en son sein son Président et son Vice-Président. Le Président fixe l'ordre du jour des convocations.

La Commission Médicale d'Etablissement se réunit au moins quatre fois par an. Le secrétariat est assuré par la direction générale.

Elle établit son règlement intérieur. Ses séances ne sont pas publiques.

Les personnes qui participent, à quelque titre que ce soit, aux travaux de la Commission Médicale d'Etablissement, sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison de toutes les pièces et documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux.

Les convocations et l'ordre du jour sont envoyés aux membres de la Commission Médicale d'Etablissement au moins 7 jours avant la date de réunion. Lorsque le quorum n'a pas été atteint à la première séance, la deuxième convocation est faite à huit jours d'intervalle.

## 1.5. COMITE TECHNIQUE D'ETABLISSEMENT

### 1.5.1. Composition

Il comporte un nombre égal de suppléants et un représentant de la Commission Médicale d'Etablissement avec voix consultative. Il est présidé par le Directeur ou son représentant.

Dans les établissements de 1000 à 1 999 agents, le comité technique d'établissement comprend au titre de représentants du personnel, outre le directeur de l'établissement ou son représentant, président, douze membres titulaires et douze membres suppléants. Au Centre Hospitalier de Saint-Dié des Vosges, le Comité Technique d'Etablissement comprend au titre de représentants du personnel, outre le directeur de l'établissement ou son représentant, Président, dix membres titulaires et dix membres suppléants.

### 1.5.2. Compétences

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

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

Le Comité Technique d'Etablissement est également consulté sur les matières suivantes :

1. Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;
2. La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu ;
3. Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;
4. La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;
5. 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 ;
6. Le règlement intérieur de l'établissement.

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



### 1.5.3. Fonctionnement

Les membres siègent avec un mandat de quatre ans.

Le Comité Technique d'Établissement ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres ayant voix délibérative sont présents lors de l'ouverture de la réunion.

Le Comité Technique d'Établissement se réunit au moins une fois par trimestre à l'initiative de son Président ou sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel. L'un des représentants du personnel est secrétaire du Comité Technique d'Établissement. **Les séances ne sont pas publiques.**

À l'issue de chaque séance, un procès-verbal est élaboré pour approbation à la réunion suivante.

Le Comité Technique d'Établissement est présidé par le Directeur ou son représentant.

## 1.6. COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES

### 1.6.1. Composition

La Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Cette commission comprend :

- un collègue des cadres de santé,
- un collègue des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- un collègue des aides-soignants.

Participent également aux séances, avec voix consultative :

- le Directeur de l'Institut de formation en Soins Infirmiers,
- un représentant des étudiants infirmiers de troisième année,
- un représentant de la Commission Médicale d'Établissement.

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

### 1.6.2. Compétences

Elle est consultée 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 malades ;
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;
- les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- la recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- la politique de développement professionnel continu.

Elle est informée sur :

- le règlement intérieur de l'établissement ;
- la mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 ; recrutement par contrat de médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral ainsi que des auxiliaires médicaux ;
- le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

### 1.6.3. Fonctionnement

Un bureau de la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques prépare les travaux de la commission.

Il est composé de :

- Président de la commission,
- Directeur des soins,
- Un cadre de santé élu ou un infirmier élu par les membres de la commission.

Les membres de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques sont désignés pour une durée de 4 ans renouvelable.

La commission se réunit au moins trois fois par an sur convocation de son Président.

La commission émet des avis lorsque la moitié au moins de ses membres désignés est présente. Lorsque le quorum n'est pas atteint une convocation à 8 jours d'intervalle est faite et l'avis émis est valable quel que soit le nombre des membres présents.

Un procès-verbal est établi après chaque séance. Il est adressé au Directoire et aux membres de la commission.

Un compte rendu annuel de l'activité de la commission est établi par le Président.

## 1.7. ORGANES CONSULTATIFS SPECIALISES

### 1.7.1. Commissions administratives paritaires locales

Elles sont instituées par l'assemblée délibérante et sont compétentes à l'égard des fonctionnaires hospitaliers de l'établissement.

Les corps de fonctionnaires de catégories A, B et C relèvent de neuf commissions administratives paritaires distinctes :

- 3 commissions pour les corps de catégorie A
- 3 commissions pour les corps de catégorie B
- 3 commissions pour les corps de catégorie C

Chacune de ces commissions est constituée d'un groupe unique, ce dernier étant lui-même constitué de sous-groupes rassemblant les corps, grades et emplois hiérarchiquement équivalents.

Les Commissions administratives paritaires locales comprennent, en nombre égal, d'une part des représentants de l'administration désignés par le Conseil de Surveillance, d'autre part du personnel.

Les Commissions administratives paritaires locales sont compétentes sur toutes questions concernant notamment la titularisation, la carrière, l'avancement et la notation du fonctionnaire. Un membre de la Commission administrative paritaire ne peut se prononcer sur le cas d'un autre agent titulaire d'un grade supérieur, ni sur son propre cas.

Les Commissions administratives paritaires locales se réunissent au moins deux fois par an. La présidence en est assurée par le Président du Conseil surveillance ou son représentant, le secrétariat par un agent de l'établissement désigné par le Directeur. Les séances ne sont pas publiques. Le fonctionnement des Commissions administratives paritaires fait l'objet d'un règlement intérieur.

### 1.7.2. Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail

La composition du CHSCT : La délégation du personnel au CHSCT comporte un nombre égal de titulaires et de suppléants (Art. R4615-9 1°)

Elle comprend :

- des représentants des personnels non médecins, non pharmaciens et non odontologistes à raison de neuf représentants. Les représentants sont nommés par les organisations syndicales existantes dans l'établissement, en fonction du nombre de sièges obtenus par chacun à l'occasion du renouvellement du Comité Technique d'Etablissement.
- Deux représentants des personnels médecins, pharmaciens et odontologistes nommés par la Commission Médicale d'Etablissement, et prennent part aux votes.

Le renouvellement des représentants du personnel intervient dans un délai de trois mois à compter du renouvellement du comité technique d'établissement. Le mandat est renouvelable.

Tout représentant suppléant désigné selon le cas par une organisation syndicale ou la commission médicale d'établissement peut siéger en remplacement de tout représentant titulaire désigné dans les mêmes conditions.

Le CHSCT est également composé de membres siégeant à titre consultatifs et qui ne prennent pas part aux votes durant les séances.

Les membres consultatifs des Hôpitaux du Massif des Vosges sont : le médecin de travail, le Directeur des Soins, le Directeur des ressources humaines, le pharmacien hygiéniste, le Directeur des Services économiques, le Directeur des Ressources Supports ou leurs représentants et toute personne susceptible d'apporter un éclairage en fonction de l'ordre du jour.

L'inspecteur du travail doit légalement être informé de l'ordre du jour et des procès-verbaux des séances, et il peut assister aux débats.

Le CHSCT est présidé, de droit, par le chef d'établissement ou son représentant.

Le président ne prend pas part au vote lorsqu'il consulte les membres élus du comité en tant que délégation du personnel.

Le secrétaire du CHSCT est un représentant du personnel élu par ses pairs lors de la première réunion du CHSCT.

La désignation du secrétaire se fait par une élection à la majorité des membres présents. En cas d'égalité des voix au premier tour, un second tour est proposé. En cas d'égalité et de partage des voix, la règle du code électoral s'applique et c'est le candidat le plus âgé qui est désigné secrétaire du CHSCT.

Le CHSCT des Hôpitaux du Massif des Vosges se réunit au moins 4 fois par an. Il est également réuni à la suite de tout accident ayant ou ayant pu entraîner des conséquences graves.

Le CHSCT peut se réunir à la demande motivée de deux de ses membres représentants du personnel, adressée au Directeur des Hôpitaux du Massif des Vosges. La convocation du CHSCT est établie et signée par le président. Elle est adressée aux membres du CHSCT et à l'inspecteur du travail uniquement par courrier électronique pour les membres qui bénéficient d'une adresse informatique professionnelle. Elle est transmise accompagnée de l'ordre du jour qui est établi par le président et le secrétaire, au moins 15 jours avant la date prévisionnelle de réunion.

Il est transmis aux membres du comité et à l'inspecteur du travail 8 jours au moins avant la date fixée pour la réunion.

L'ordre du jour est adressé aux membres délibératifs et consultatifs du CHSCT par courrier électronique.

### 1.7.3. Conseil de bloc opératoire

Afin de maintenir et de garantir la sécurité des patients et conscients des exigences liées au fonctionnement d'un bloc opératoire commun avec la multitude des métiers y intervenant leur art, tous les acteurs (médicaux, paramédicaux, administratifs) ont décidé d'élaborer et de respecter la Charte du bloc opératoire basée sur des principes partagés par tous et définis dans un document.

Ce document précise les règles de fonctionnement du bloc opératoire pour en définir un fonctionnement optimal, ce qui suppose une coordination étroite entre les professionnels des différents secteurs d'activité.

Il permet d'édicter en interne les modalités pratiques de fonctionnement, de favoriser l'adéquation entre les ressources et l'activité et s'applique à l'ensemble des intervenants médicaux, paramédicaux et toute personne intervenant au bloc opératoire.

L'hôpital de Saint-Dié-des-Vosges a mis en place différentes instances permettant de veiller à l'application de la charte du bloc opératoire, dont notamment le conseil de bloc élargi appelé également commission des utilisateurs.

Elle est composée de personnels médicaux et soignants :

- l'ensemble des praticiens utilisateurs du bloc,
- l'ensemble des Anesthésistes,
- l'IDE référente du bloc opératoire,
- le cadre supérieur de santé en charge du bloc opératoire,
- le Directeur des Soins, ou son représentant,
- un IDE/IBO, un IADE
- un ASH,
- le pharmacien responsable de la stérilisation,
- la secrétaire.

Cette assemblée plénière est souveraine dans ses décisions.

Elle établit les règlements et en propose les modifications. Elle élit le Bureau pour un an. L'Assemblée Plénière se réunit une fois par an de façon ordinaire. Son rôle est de veiller au respect de la Charte, et d'en promouvoir l'évolution en fonction des changements, si nécessaire.

Elle peut se réunir de façon extraordinaire, à la demande du Bureau, pour tout motif de sa compétence ou à la demande de la moitié plus un des membres qui la composent.

Le cadre du bloc opératoire, veille au respect quotidien de la Charte ; il réfère au Bureau des manquements. Celui-ci est habilité à imposer des sanctions en accord avec les décisions de l'assemblée plénière.

Si un litige n'est pas résolu par l'assemblée plénière, le Président de la CME et le Directeur du Centre Hospitalier ou le Directeur des Soins sont saisis.

#### 1.7.4. Commission des Usagers

**Une Commission Usagers (CDU)** a été mise en place au **sein du CHI HMV**. La commission veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches **et contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches.**

Elle rend compte de ses analyses et propositions dans un rapport présenté au Conseil de Surveillance de l'hôpital qui délibère sur les mesures à adopter afin d'améliorer la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

Toute analyse, tout rapport, toute proposition ou communication réalisé par la commission et relatif aux plaintes, réclamations et événements indésirables graves garantit le respect de l'anonymat de l'utilisateur et du professionnel concerné.

Sont membres avec voix délibérative :

- le Directeur de l'hôpital, ou son représentant, Président de la commission,
- le médiateur médecin
- le médiateur non médecin, ou son suppléant
- 2 représentants des usagers ou leurs suppléants
- Le Président de la CME
- Un représentant du Conseil de Surveillance
- Un représentant du personnel
- Un représentant de la CSIRMT

Sont membres invités avec voix consultative :

- Le médecin gestionnaire des risques associés aux soins
- Le coordonnateur général des soins
- Le Directeur de la qualité et de la gestion des risques, ou son représentant,
- Les deux responsables « assurance qualité »,
- La personne chargée des relations avec les usagers
- Une psychologue

Tous sont astreints au secret professionnel.

Elle peut, si elle le juge utile, rencontrer l'auteur d'une réclamation et entendre toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour.

Des antennes de la CDU sont mises en place sur chacun des sites des HMV disposant d'une activité sanitaire.

#### 1.7.5. Le Conseil Médical et soignant

Le CMS exerce avec la direction de site les compétences énumérées ci-dessous pour lesquelles le CMS émet des avis simples :

- Projet médico-soignant des HMV,
- Projets institutionnels du site,
- Projets des services sanitaires ou médico-sociaux
- Organisation de l'offre de soins sanitaire et médico-sociale du site
- Déclinaison de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sur site
- Priorisation des investissements
- Politique d'attractivité et de recrutement du site
- Satisfaction des usagers

- Toute question qui concerne le site et qui ne relève pas de la compétence d'une autre personne ou d'un autre organe.

Le travail préparatoire portant sur ces thématiques est réalisée en amont par la direction de site qui y associe les autres membres de droit.

### **Sa composition :**

Les membres de droit :

- Professionnels salariés des HMV :
  - Direction de site (Directeur, Médecin référent de site, cadre de santé),
  - Médecins salariés affectés sur le site,
  - Autres cadres de santé et IDEC salariés du site,
  - Représentants de site de la CSIRMT des HMV.
- Professionnels libéraux intervenant sur le site :  
Il y a 5 représentants dont au moins 2 médecins, par exception, il y a 4 représentants pour le site de Fraize.

Ils sont désignés selon une procédure d'appel à candidatures dont les modalités sont fixées librement par les sites concernés. Si le nombre minimal de médecins libéraux n'est pas atteint, les places vacantes sont occupées par les autres catégories de professionnels libéraux.

Durée de leur mandat : 4 ans

Le renouvellement du CMS a lieu à chaque renouvellement de CME des HMV.

Démission : Elles sont acceptées avec un délai de prévenance de 3 mois. Le poste vacant est pourvu selon les modalités librement fixées par le site concerné.

La direction de site peut inviter toute personne susceptible d'intervenir pour apporter un éclairage à l'ordre du jour du Conseil de site.

Les modalités de vote : Les avis et conclusions des travaux du Conseil de site sont arrêtés à la majorité simple. En cas d'égalité, la voie du directeur de site est prépondérante.

Le CMS est convoqué par la direction de site, 8 jours francs avant la tenue de la réunion, ou sans condition de délai en cas de circonstances exceptionnelles.

Il se réunit 3 fois par an au minimum, avec une au moins par quadrimestre.

L'ordre du jour est envoyé par la direction de site puis complété si besoin par les membres de droit.

### **1.7.6. Autres commissions consultatives**

D'autres commissions réglementaires existent dans l'établissement :

- Le comité de liaison en alimentation et nutrition : Circulaire DHOS/E1/n° 2002/186 du 29 mars 2002 – Arrêté du 29 mars 2002
- La commission de surveillance des gaz médicaux : Circulaire DGS/B3A n° 667 bis du 10 octobre 1985
- La commission du matériel médical : Décret n° 96-32 du 15 janvier 1996
- La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) : décret n°2000-1316 du 26 décembre 2000
- La commission des vigilances sanitaires
- La commission de l'activité libérale (CAL) : Décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005

- La commission des admissions et des consultations non programmées : circulaire n°195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relative à la permanence des soins et l'accueil des patients
- Le comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)
- Le comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance (CSTH)
- La commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS)

Ont notamment été installés au CHI HMV :

- La sous-commission des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) ;
- Le Comité de pilotage « qualité – gestion des risques » ;
- La Commission de formation du personnel non médical ;
- Le Comité d'éthique ;
- La Commission restauration ;
- La Commission des examens de laboratoire.

## CHAPITRE 2

# L'ORGANISATION MEDICALE ET SOIGNANTE DU CHI HÔPITAUX DU MASSIF DES VOSGES

---

## 2.1. ORGANISATION INTERNE

### 2.1.1. Projet d'Etablissement – Projet Médical

Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement.

Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet psychologique, un projet social et un projet de gouvernance et de management.

Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma régional ou interrégional de santé, définit la politique de l'établissement en matière de participation aux dispositifs d'appui à la coordination et aux dispositifs spécifiques régionaux mentionnés aux articles L. 6327-2 et L. 6327-6 et d'actions de coopération.

Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs.

Le projet d'établissement comprend un volet éco-responsable qui définit des objectifs et une trajectoire afin de réduire le bilan carbone de l'établissement.

Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme.

Le Projet d'Etablissement est préparé par le Directoire, sur la base du Projet Médico-soignant Il est ensuite soumis aux différentes instances avant d'être approuvé par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

Le Projet Médical est la pierre angulaire du Projet d'Etablissement.

Partant d'un diagnostic de l'organisation interne, des filières de soins et des prévisions d'activité, il décline les orientations stratégiques à caractère médical en plans d'actions opérationnels.

Le Projet Médical n'est pas une simple compilation de projets de service. Dans une approche globale, il définit l'organisation des soins dans l'établissement et l'articulation avec les professionnels intervenant en amont et en aval.

Le CHI HMV se dote d'un Projet d'Etablissement comportant les volets suivants :

- Le projet Médico-soignant
- Le Projet autonomie
- Le projet managérial
- Le projet social
- Le projet qualité gestion des risques
- Le projet des usagers
- Stratégie Financière
- Le projet du système d'information



- Le Projet Directeur Immobilier
- Plan de Communication des HMV

### 2.1.2. Pôles d'activité

Conformément aux ordonnances n° 2005-406 du 2 mai 2005 et 2005-1112 du 1<sup>er</sup> septembre 2005 relatives à la Nouvelle Gouvernance, le CHI est organisé fonctionnellement en 5 pôles d'activité :

- le pôle « Gériatrie »
- le pôle « Chirurgie et spécialités d'organes »
- le pôle « médecine spécialisée – urgences »
- le pôle « Femme-Enfant »
- le pôle « Médico-technique et de réadaptation »

### 2.1.3. Chefs de pôle

Les chefs de pôle sont nommés par le Directeur, pour une période de quatre ans renouvelables.

Le Directeur nomme les chefs de pôle cliniques ou médico-technique et de rééducation sur présentation d'une liste de propositions établie par le Président de la Commission Médicale d'Etablissement.

Cette liste, comportant au moins trois noms, est présentée au Directeur dans un délai de trente jours à compter de sa demande. En cas d'absence de proposition dans le délai requis, le Directeur nomme la personne de son choix.

En cas de désaccord du Directeur sur les noms portés sur la liste ou si cette dernière est incomplète, le Directeur peut demander qu'une nouvelle liste lui soit présentée dans les quinze jours. En cas de nouveau désaccord, il nomme le chef de pôle de son choix.

Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de chef de pôle par décision du Directeur, après avis du Président de la Commission Médicale d'Etablissement.

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

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

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

Les attributions du chef de pôle sont les suivantes :

- Mettre en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle ;
- Organiser, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a « autorité fonctionnelle », le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité. Pour cela, il tient compte des objectifs prévisionnels du pôle. Il agit dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et des responsabilités des structures, services, unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle ;
- Exercer un rôle, précisé par le contrat de pôle, dans les domaines suivants :
  - Gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle ;
  - Gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux ;
  - Définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière ;

- Proposition au Directeur de recrutement de personnel non titulaire du pôle ;
- Affectation des personnels au sein du pôle ;
- Organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique ;
- Participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques.
- Intervenir dans la gestion des personnels médicaux :
  - Nomination des personnels médicaux :  
Le chef de pôle d'activité cliniques ou médico-techniques et de rééducation propose au Directeur la nomination et la mise en recherche d'affectation des praticiens hospitaliers. Cette proposition donne lieu à un avis du Président de la CME.
  - Admission de médecins, sages-femmes et odontologistes libéraux :  
Le chef de pôle peut proposer au Directeur l'admission sur contrats de médecins, sages-femmes, odontologistes exerçant à titre libéral. Le Président de la CME donne un avis sur cette proposition.
- Assurer la concertation interne au sein du pôle. Il associe pour cela toutes les catégories de personnel.

#### 2.1.4. Contrats de pôle

Conformément à la politique de contractualisation interne de l'établissement, le Directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle.

Le contrat de pôle définit le champ et les modalités d'une délégation de signature accordée par le Directeur au chef de pôle, afin de lui permettre une gestion cohérente avec la politique globale de l'établissement. De plus, le contrat de pôle précise le rôle du chef de pôle dans les domaines précédemment énoncés.

#### 2.1.5. Chefs de service

Ils sont nommés par le Directeur, sur proposition du Président de CME, après avis du chef de pôle.

Au niveau local, les modalités suivantes ont été fixées :

- Le Directeur saisit le Président de la CME pour recueillir ses propositions, qui doivent être motivées et accompagnées des projets de service ;
- Le Directeur soumet les propositions du Président de la CME à la concertation des membres du Directoire ;
- A l'issue de cette concertation, le Directeur, Président du Directoire, recueille l'avis du chef de pôle.
- Le Directeur nomme les responsables de service pour une durée de 4 ans renouvelable ;
- Information est faite en CME et aux autres instances.

Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de chef de service par décision du Directeur, à son initiative, après avis du Président de la Commission Médicale d'Etablissement et du chef de pôle.

Cette décision peut également intervenir sur proposition du chef de pôle, après avis du Président de la Commission Médicale d'Etablissement. Dans ce cas, le Directeur dispose d'un délai de trente jours à compter de la réception de la demande du chef de pôle pour prendre sa décision. A l'expiration de ce délai, la proposition est réputée rejetée.

Ils assurent comme les responsables de pôle, la mise en œuvre des missions assignées à l'unité fonctionnelle dont ils ont la responsabilité et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée.

## 2.2. ORGANISATION

### 2.2.1. Temps de travail médical

Le temps de travail médical est précisé dans une charte, présentée par la Commission de l'Organisation des soins et adoptée par la CME, et ne peut être inférieur à 39 heures. L'amplitude minimale de continuité de service médical est fixée de 8h30 à 18h30.

Les obligations de service hebdomadaires des praticiens hospitaliers et contractuels sont fixées à 10 demi-journées pour un temps plein, sans que la durée de travail puisse excéder 48 heures par semaine, temps calculé en moyenne sur une période de quatre mois.

Le temps de travail par demi-journée doit donc être compris entre 3h54 au minimum et 4h48 au maximum. La journée de travail comporte deux demi-journées réputées scindées par une pause de 45 minutes au minimum. Le dépassement éventuel de ce temps de travail, apprécié en moyenne sur quatre mois, pourra donner lieu au versement d'indemnités de temps de travail additionnel.

Le praticien peut en effet accomplir, sur la base du volontariat au-delà de ses obligations de service hebdomadaires, un temps de travail additionnel donnant lieu soit à récupération, soit au versement d'indemnités de participation à la continuité des soins et, le cas échéant, d'indemnités de temps de travail additionnel.

Toutefois, lorsque l'activité médicale est organisée en temps continu (service des Urgences), l'obligation de service hebdomadaire du praticien est calculée en heures, en moyenne sur une période de quatre mois, et ne peut dépasser 48 heures.

Le praticien bénéficie d'un repos quotidien d'une durée minimale de onze heures consécutives par période de vingt-quatre heures.

Par dérogation, le praticien peut accomplir une durée de travail continue maximale de vingt-quatre heures. Dans ce cas, il bénéficie, immédiatement à l'issue de cette période, d'un repos d'une durée équivalente.

### 2.2.2. Code de déontologie médicale

Le praticien doit soigner avec la même conscience tous ses malades, quels que soient leur condition, leur nationalité, leur religion, leur réputation et les sentiments qu'ils lui inspirent.

Dans les limites fixées par la Loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.

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

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

Le praticien hospitalier et son équipe doivent veiller à l'information du patient et garantir le secret médical. La communication du dossier médical au patient peut être obtenue à la demande et avec l'accord formel de la personne concernée.

### 2.2.3. Visite médicale quotidienne

Les visites dans les services d'hospitalisation ont lieu régulièrement, chaque matin.

Dans la mesure du possible, la visite doit être terminée avant le déjeuner des malades. Le chef de service organise, si nécessaire, une contre-visite.

Les dimanches et jours fériés, la continuité des soins est organisée dans le cadre des gardes et astreintes médicales.

#### 2.2.4. Permanence médicale des soins – Permanence sur place ou d'astreinte

Les médecins et odontologistes ont la responsabilité médicale de la continuité des soins, conjointement avec les autres membres du corps médical de l'établissement. Les pharmaciens ont la responsabilité de l'organisation de la permanence pharmaceutique, conjointement avec les autres pharmaciens de l'établissement.

Ils doivent assurer :

- Au service des Urgences le travail de jour et de nuit de 9 H à 19 H et de 19 H à 9 H.
- Dans les autres services de l'établissement, le travail quotidien de jour de 8 H 30 à 18 H 30 tel que défini dans la Charte du temps de travail médical adoptée en avril 2009. En outre, les praticiens de l'établissement, et quel que soit leur statut, participent à la continuité des soins, ou à la permanence pharmaceutique organisée en astreinte à domicile.

Un praticien peut être déchargé de son obligation de participation à la continuité des soins, à titre provisoire ou permanent, sur justification médicale dûment transmise au Chef de Pôle et au Directeur

Le tableau de service est arrêté avant le 20 de chaque mois, pour le mois suivant, par le Directeur, sur proposition du service conformément à l'organisation du temps de présence médicale, pharmaceutique et odontologique arrêté annuellement par le Directeur après avis de la Commission Médicale d'Etablissement.

Le service de permanence sur place ou d'astreinte a pour objet d'assurer pendant chaque nuit et pendant la journée du dimanche ou des jours fériés la sécurité des malades hospitalisés ou admis d'urgence, et la permanence des soins excédant la compétence des auxiliaires médicaux ou des internes.

Le système de garde ou d'astreinte de nuit débute à 18 h 30 et s'achève à 8 h 30. Le samedi est un jour ouvrable ; l'astreinte du week-end commence le samedi à 12h.

Le temps d'astreinte ne peut donner lieu à temps de « récupération » le lendemain, au contraire de la garde sur place.

L'organisation générale de la permanence des soins est arrêtée par le Directeur après avis de la Commission Médicale d'Etablissement sur proposition de la commission de l'organisation et de la permanence des soins.

Les médecins en astreinte à domicile sont appelés par l'intermédiaire du standard de l'hôpital qui centralise tous les appels des services.

Pendant les périodes de congés, un effectif minimal de praticiens présents dans chacun des services, doit être déterminé par le Chef de Pôle et validé par le Directeur.

### 2.3. ACTIVITE LIBERALE

Certains membres du corps médical ont la possibilité d'exercer une activité libérale.

Celle-ci est réglementée. Elle est réservée aux praticiens hospitaliers temps plein nommés à titre permanent dans le corps des praticiens hospitaliers et doit être matérialisée par un contrat d'activité libérale soumis aux instances de l'établissement. Cette activité fait l'objet d'un contrôle annuel par la commission de l'activité libérale. Le tarif pratiqué par le praticien, dans le cadre de son activité libérale doit être affiché dans la salle d'attente du service.

Le temps consacré à ces activités est porté sur le tableau de service.

## **2.4. DEMI-JOURNEES D'ACTIVITE D'INTERÊT GENERAL**

Les praticiens hospitaliers exerçant leur activité à temps plein peuvent, dans le cadre fixé par la réglementation, consacrer deux demi-journées hebdomadaires à des activités d'intérêt général.

Si un praticien consacre deux demi-journées par semaine à des activités d'intérêt général, il ne peut exercer d'activité libérale.

Le temps consacré à ces activités est porté sur le tableau de service.

## **2.5. TRAITEMENT AUTOMATISE DES INFORMATIONS NOMINATIVES - DROITS D'ACCES**

Le CHI dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers médicaux et administratifs des usagers et à réaliser, le cas échéant, des travaux statistiques à usage du service.

Le droit d'accès s'exerce dans les conditions définies par les actes réglementaires publiés pour chacun des traitements mis en œuvre.

Toute modification des droits d'accès doit être autorisée par le Directeur ou son représentant (Directeur des affaires financières et de l'analyse de gestion), chargé des relations avec la C.N.I.L.

Les données de santé sont hébergées chez un prestataire agréé « hébergeur de données de santé » par le Ministère de la Santé. Ce prestataire réunit les critères de sécurité optimums pour garantir la sécurité, la confidentialité et l'inviolabilité de l'hébergement des données de santé.

L'utilisation de ce système informatique requiert le consentement des usagers qui ont le libre choix d'accepter de bénéficier du système ou même de s'en retirer. Dans ce cas, il leur suffit d'en faire part au praticien du service dans lequel il est pris en charge.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'utilisateur a un droit d'accès et de rectification des données informatisées. Il peut exiger que ces données le concernant soient rectifiées, complétées, mise à jour, verrouillées ou effacées lorsqu'elles sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées, ou dont la collecte, l'utilisation, la communication ou la conservation est interdite.

Ce droit d'accès et de rectification peut s'effectuer par l'intermédiaire du médecin ou directement auprès du Département d'Informations Médicales de l'établissement.

Tout médecin désigné par l'utilisateur peut également prendre connaissance de l'ensemble du dossier médical le concernant.

## CHAPITRE 3

# L'USAGER AU CHI HÔPITAUX DU MASSIF DES VOSGES

---

### 3.1. DISPOSITIONS GENERALES

#### 3.1.1. Principe du libre choix du malade

Le droit du malade au libre choix de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire.

Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont il relève, dans les limites imposées par les situations d'urgence, les contraintes liées à l'organisation du service et par les disponibilités en lits de l'établissement et conformément aux tableaux de service.

#### 3.1.2. Accueil des personnes

L'établissement garantit l'égal accès de chaque personne aux soins requis par son état de santé. Aucune personne ne doit être l'objet d'une quelconque discrimination, que ce soit en raison de son état de santé, de son handicap, de son origine, de son sexe, de sa situation de famille, de ses opinions politiques, de sa religion ou de ses caractéristiques génétiques.

Les aménagements nécessaires à l'accueil des personnes souffrant d'un handicap physique, mental ou sensoriel sont prévus. Tous les locaux du CHI sont ainsi accessibles aux personnes à mobilité réduite.

L'établissement tient compte des difficultés de compréhension et de communication des personnes hospitalisées et des personnes susceptibles de leur apporter un soutien.

Le recours à des interprètes ou à des associations spécialisées dans les actions d'accompagnement des personnes qui ne comprennent pas le français ainsi que des personnes sourdes ou malentendantes est recherché.

Lorsqu'un agent de l'établissement rencontre des difficultés pour communiquer avec un usager ou son entourage en raison d'une barrière de la langue, il peut faire appel à des personnes ressources en langues étrangères travaillant au sein des Hôpitaux du Massif des Vosges ou faire appel à un service de traduction selon la convention établie mise à disposition auprès du secrétariat général.

Le nom de ces personnes ainsi que les langues qu'ils maîtrisent figurent sur une liste régulièrement actualisée disponible auprès du secrétariat de la qualité gestion des risques, dans les documents annexes au « Plan Blanc » et sur le site intranet.

#### 3.1.3. Accès aux soins des personnes démunies

L'accès au service public hospitalier est garanti aux personnes les plus démunies.

Les personnes qui ne peuvent justifier d'une prise en charge par l'assurance maladie ou l'aide médicale de l'Etat sont prises en charge pour les soins urgents. Ces soins sont ceux dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital où pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître.

L'établissement constitue un lieu d'accueil privilégié où les personnes en situation de précarité doivent pouvoir faire valoir leurs droits, y compris sociaux.

Par période de grand froid, toute personne en rupture sur le plan familial ou démunie de logement, peut être prise en charge, en l'absence de toute autre solution d'hébergement, dans les locaux dédiés situés à proximité des urgences. Le Service Social prend toutes dispositions utiles pour les orienter vers les services sociaux publics ou associatifs compétents.

#### 3.1.4. Respect de l'intimité

Le respect de l'intimité de l'utilisateur doit être préservé à tout moment de son séjour hospitalier. Il est traité avec égards. Les personnels et visiteurs extérieurs doivent frapper avant d'entrer dans la chambre de l'utilisateur. Le tutoiement et toute forme de familiarité avec les usagers sont proscrits, sauf en cas d'accord explicite de ces derniers.

L'établissement prend les mesures qui assurent la tranquillité des usagers et réduisent au mieux les nuisances liées au bruit et à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil.

#### 3.1.5. Lutte contre la douleur

La dimension douloureuse, physique et psychologique de la prise en charge des usagers ainsi que le soulagement de leur souffrance constituent une préoccupation constante de tous les intervenants.

Une brochure intitulée « contrat d'engagement contre la douleur » figure dans le livret d'accueil. Elle est remise à toute personne hospitalisée.

L'évolution des connaissances scientifiques et techniques ainsi que la mise en place d'organisations spécifiques permettent d'apporter, dans la quasi-totalité des cas, un soulagement des douleurs, qu'elles soient chroniques ou non, qu'elles soient ressenties par des enfants ou des adultes.

Une attention particulière est apportée au soulagement des douleurs des personnes en fin de vie.

#### 3.1.6. Délivrance de soins palliatifs

Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement.

Le CHI met en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des usagers qu'il accueille et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert. Une équipe mobile de soins palliatifs intervient à l'intérieur du Centre Hospitalier.

#### 3.1.7. Livret d'accueil

Un livret d'accueil est remis à tout malade admis en hospitalisation **ou résident en hébergement** au sein des différents établissements du CHI. Il contient tous les renseignements utiles sur les conditions de séjour et l'organisation des structures. Il est tenu, à tout moment, à la disposition de toute personne qui en fait la demande pour consultation, auprès de l'équipe soignante.

La Charte de la personne hospitalisée ou de la personne dépendante accueillie est incluse dans ce livret. Pour les personnes hospitalisées, le livret d'accueil comprend également un questionnaire où l'utilisateur peut librement consigner ses observations, critiques et suggestions, et qu'il peut remettre à sa sortie (aux infirmières, dans la boîte prévue à cet effet au sein de chaque service, ou par courrier).

### 3.1.8. Mode d'admission

L'admission au sein d'un des établissements du CHI HMV est prononcée par le Directeur ou son représentant sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement.

Elle est décidée, hors des cas d'urgence reconnus par le médecin ou l'interne de garde de l'établissement, sur présentation d'un certificat d'un médecin traitant ou appartenant au service de consultation de l'établissement attestant de la nécessité du traitement hospitalier. Ce certificat peut indiquer la discipline dans laquelle devrait être admis l'intéressé sans indiquer l'affection qui motive l'admission ; il doit être accompagné d'une lettre cachetée du médecin traitant au médecin du service hospitalier donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles à ce dernier pour le diagnostic et le traitement.

En cas de refus d'admettre un malade 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 prononcée par le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé.

### 3.1.9. Pièces à fournir au moment de l'admission

Quel que soit le mode d'admission de l'utilisateur, sous réserve des dispositions relatives à l'accouchement sous secret et des dispositions relatives aux patients toxicomanes du présent règlement, l'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité de l'utilisateur et aux conditions de prise en charge de son hospitalisation.

A cet effet, l'utilisateur ou, le cas échéant, son représentant, doit présenter impérativement lors de son admission :

- Sa carte d'assuré social Vitale mise à jour, permettant de lire l'ouverture présumée des droits auprès d'un organisme d'assurance maladie ;
- Une pièce officielle d'identité (carte d'identité, passeport, carte de séjour) ; livret de famille, extrait d'acte de naissance ;
- Le cas échéant, un document attestant qu'un organisme tiers-payeur (mutuelle, collectivité publique, organisme étranger) assure la prise en charge du ticket modérateur.

Si la personne qui doit être admise ne peut fournir les renseignements sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour sont remboursés à l'établissement, elle doit verser une provision correspondant au montant prévisionnel de ces frais de séjour.

En cas d'accouchement, la future mère doit également présenter le livret de famille ou l'acte de reconnaissance anticipée.

L'utilisateur ou ses proches doivent respecter les règles élémentaires de courtoisie, de confidentialité et de respect des autres usagers ainsi que du personnel lorsqu'ils se trouvent à proximité d'un guichet d'admission. A défaut, ils pourraient être invités à quitter l'établissement.

### 3.1.10. Désignation d'une personne de confiance

Tout usager majeur peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou son médecin traitant, et qui sera consultée au cas où lui-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Si l'utilisateur le souhaite, cette personne peut l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors d'une hospitalisation, cette désignation est faite par écrit par l'utilisateur ou son représentant légal, sur un formulaire remis à l'entrée. Elle est révoquée à tout moment au moyen du même formulaire. Lors de toute admission au sein d'un établissement du CHI, il est demandé au patient la désignation d'une personne de confiance.



Concernant les majeurs placés sous tutelle, le Juge des tutelles peut soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci.

Lorsqu'un usager, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, et hors d'état d'exprimer sa volonté, a désigné une personne de confiance, l'avis de cette dernière, sauf urgence ou impossibilité, prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées rédigées par l'usager, dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin. Cet avis ne s'impose pas au médecin.

Remarque : ne pas confondre personne de confiance et personne à prévenir.

### 3.1.11. Intervention des personnels en cas d'urgence ou d'accident survenant à proximité d'un des sites

En cas d'urgence ou d'accident signalé à proximité immédiate d'un des sites de l'établissement, les personnels, quel que soit leur grade ou leur fonction, sont tenus de porter secours aux malades ou aux blessés en péril sur la voie publique.

En règle générale, dès que l'urgence est signalée, deux types de mesure doivent simultanément être mises en œuvre :

- A l'hôpital de Saint-Dié : l'appel interne au Service des Urgences qui déclenchera l'envoi sur les lieux d'une équipe médicalisée chargée de donner les premiers soins (SAMU = Centre 15)
- L'alerte des services chargés de l'aide médicale urgente (SMUR).

### 3.1.12. Admissions en urgence

Si l'état d'un malade ou d'un blessé réclame des soins urgents, le Directeur ou son représentant prend toutes mesures pour que ces soins urgents soient assurés. Il prononce l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement.

Si le patient n'est pas identifié et se trouve dans l'incapacité de décliner son identité, l'admission est réalisée, les informations nécessaires à l'établissement devant être recueillies le plus rapidement possible. Il est attribué un numéro au patient (cf. procédure « prise en charge d'un patient dans l'impossibilité de décliner son identité »).

### 3.1.13. Transfert après premiers secours ou admission

Lorsqu'un médecin ou un interne de l'établissement constate que :

- L'état d'un malade 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 lorsque son admission présente, du fait de manque de place, un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier,

le Directeur ou son représentant doit provoquer les premiers secours et prendre toutes les mesures nécessaires pour que le malade ou blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

### 3.1.14. Information à la famille et aux proches

Toutes mesures utiles doivent être prises pour que la famille ou les proches des malades ou blessés hospitalisés en urgence soient prévenus, sous la réserve de l'accord du patient y compris s'il est mineur, par le cadre de santé ou l'infirmier(e) responsable du malade, dans le respect des dispositions qui suivent. A l'exception des mineurs soumis à l'autorité parentale, les hospitalisés peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé.

En l'absence d'opposition des intéressés, les indications médicales - telles que diagnostic et évolution de la maladie - ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions définies par le Code de déontologie ; les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être fournis par les cadres de santé et infirmières diplômées d'Etat aux membres de la famille. Le patient ou son représentant légal désigne la ou les personnes qu'il souhaite voir informées (cf. procédure « conduite à tenir face à une demande d'anonymat ou de confidentialité »).

En cas de transfert dans un autre hôpital ou d'aggravation de l'état de santé d'un patient, le même devoir de diligence pour l'information des familles s'impose à tous les personnels.

### 3.1.15. Traitement du patient

Le CHI dispose d'un livret du médicament, auquel il se conforme. Ainsi, les traitements des patients sont prescrits et administrés selon ce livret. Dans l'hypothèse où un patient refuserait de prendre un médicament qui lui est prescrit dans ce cadre, l'établissement ne peut être tenu pour responsable.

### 3.1.16. Refus de soins et d'hospitalisation d'un malade

La liberté de l'usager de refuser de se soigner est un principe fondamental du droit médical.

Lorsqu'un usager n'accepte pas l'intervention ou les soins qui lui sont proposés, sa sortie, sauf urgence médicalement constatée, peut être prononcée par le Directeur de l'établissement. Dans toute la mesure du possible, une proposition alternative de soins est au préalable faite à l'usager.

Tout malade ou blessé qui refuse, soit les soins, soit de rester dans l'établissement, soit les deux, et qui a reçu toutes les informations nécessaires sur son état de santé et notamment les risques encourus, doit signer une attestation établissant qu'elle a eu connaissance des risques encourus et traduisant expressément ce refus.

Si l'usager refuse de signer ce document, un procès-verbal de refus est dressé par le médecin, l'interne ou tout autre membre du personnel hospitalier mentionnant les risques qu'il encourt sauf si des raisons réglementaires s'y opposent (mineurs, certains majeurs protégés, hospitalisations sans consentement). Il est cosigné par l'accompagnant ou, à défaut par un témoin, qui atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants.

En cas d'urgence médicalement constatée mettant en péril la vie de l'usager, le médecin responsable s'assure que le refus de l'usager procède d'une volonté libre et éclairée et d'une parfaite connaissance du risque qu'il encourt.

### 3.1.17. Maladies à déclaration obligatoire

Font l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire par les médecins et les responsables des services et laboratoires d'analyses de biologie médicale publics et privés

- Les maladies qui nécessitent une intervention urgente locale, nationale ou internationale ;
- Les maladies dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique.

### 3.1.18. Dépôts des objets de valeur

L'usager est encouragé, lors de son admission, à se présenter dans le service muni des valeurs strictement nécessaires à la durée de son séjour.

Il est invité à effectuer auprès de l'administration de l'établissement le dépôt des sommes d'argent et des objets de valeur qui sont en sa possession.

A cette occasion une information écrite et orale est donnée à la personne admise ou hébergée ou à son représentant légal, concernant les règles régissant les dépôts d'objets ou de valeur, le régime de la responsabilité de l'établissement, ainsi que le sort réservé aux objets non réclamés. La personne admise ou hébergée ou son représentant légal certifie avoir reçu cette information. La mention de la déclaration afférente est conservée par l'établissement.

Les dépôts volontaires d'argent, de bijoux ou d'objets de valeur des hospitalisés peuvent être effectués auprès d'un régisseur de recettes de l'établissement, contre délivrance d'un reçu.

En dehors des heures de présence d'un régisseur, les valeurs sont mises en lieu sûr. Elles auront été auparavant placées dans une enveloppe scellée sur laquelle seront apposées les signatures de l'hospitalisé et d'un témoin.

Si le malade ou le blessé est inconscient, un inventaire contradictoire des sommes d'argent et vêtements dont le malade ou blessé est porteur, est aussitôt dressé et signé par le représentant de l'établissement (cadre de santé ou personnel soignant) et l'accompagnant (à défaut un membre du personnel), et le dépôt des valeurs est effectué par le représentant de l'établissement.

Aucun membre du personnel du CHI ne doit conserver des dépôts d'argent ou d'objets de valeur appartenant à des malades.

Concernant les espèces, elles sont déposées à la banque postale dans la semaine qui suit.

*Cf. procédure « Inventaire des effets personnels et objets déposés ».*

### 3.1.19. Responsabilité de l'établissement

L'établissement ne peut être tenu responsable de la perte ou de la disparition d'objets non régulièrement déposés selon la procédure ci-dessus, que dans le cas où une faute est établie à son encontre ou à l'encontre d'une personne dont il doit répondre.

La responsabilité de l'établissement ne saurait également être engagée lorsque la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose, ni lorsque le dommage a été rendu nécessaire pour l'exécution d'un acte médical ou d'un acte de soins.

### 3.1.20. Restitution des objets

Les sommes d'argent ou objets de valeur sont restitués au malade à la Trésorerie principale, sur présentation du reçu délivré lors du dépôt et d'une pièce d'identité.

Le malade peut se faire représenter par un mandataire muni du reçu, d'une pièce d'identité ainsi que d'une procuration sous seing privé.

Les objets non réclamés sont remis, un an après la sortie de leur détenteur, à la Caisse des Dépôts et Consignations, s'il s'agit de sommes d'argent, titres et valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, au service des domaines aux fins d'être mis en vente.

### 3.1.21. Choix du régime d'hospitalisation

Lors de son admission, le patient choisit, selon les disponibilités en lits du service entre le régime commun et le régime particulier, qui inclut la chambre individuelle, la télévision et le branchement téléphonique.

Le régime commun est obligatoirement appliqué aux bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat ou CMU.

Les patients qui souhaitent bénéficier d'un régime particulier sont au préalable informés des règles tarifaires qui leur seront appliquées.

L'option est formulée par écrit par le patient, un membre de sa famille ou un accompagnant après qu'il aura pris connaissance des conditions particulières qu'implique ce choix.

Le patient ou ses proches sont informés des modalités de sa prise en charge administrative, des tarifs et du montant de sa participation financière éventuelle

Lorsque l'état d'un patient requiert son isolement en chambre individuelle, il y est admis dans les meilleurs délais, tout en demeurant placé sous le régime commun.

## 3.2. DISPOSITIONS PARTICULIERES

### 3.2.1. Consultations externes en activité libérale

Les consultations publiques demeurent la règle générale ; en outre, des consultations externes peuvent être effectuées dans le cadre de l'activité libérale que pratiquent certains praticiens hospitaliers.

Le patient, en consultation externe, doit être informé des conditions particulières de ces consultations privées, des prix pratiqués, du mode de paiement et exprimer son choix pour ce mode de consultation.

Les plages horaires des consultations en activité libérale ainsi que les honoraires appliqués par les praticiens sont affichées dans le service à la vue du public.

Les consultations et les actes pratiqués dans ce cas sont à régler à l'administration hospitalière.

### 3.2.2. Prise en charge des frais d'hospitalisation

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

Sauf cas particuliers déterminés par la réglementation en vigueur, le forfait journalier et éventuellement le ticket modérateur, restent à la charge de l'hospitalisé sous réserve des accords de tiers payant conclus entre l'établissement et les mutuelles ou complémentaires privées.

Les bénéficiaires de l'article L.115 du Code des Pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre doivent présenter leur carnet de soins gratuits à l'administration de l'établissement pour copie.

Si le malade admis dans l'établissement ne relève d'aucun organisme social, il peut être tenu d'acquitter, auprès du Trésorier principal, le montant d'une provision correspondant à la durée prévue de son hospitalisation.

Ce versement est alors effectué lors de l'admission, et vient en déduction sur le titre de recettes correspondant au séjour.

### 3.2.3. Femmes enceintes et nouveau-nés

#### 3.2.3.1. Admissions

Le Directeur ou son représentant ne peut, s'il existe des lits vacants dans le service de maternité, refuser l'admission dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement d'une femme enceinte ou dans le mois qui suit l'accouchement d'une femme récemment accouchée et celle de son enfant.

L'admission relève du point 3.2.2 (« Prise en charge des frais d'hospitalisation ») ou du point 3.2.7 (« Etrangers – admissions ») sauf dans le cas suivant :

### 3.2.3.2. *Accouchement en secret*

La mère peut demander, lors de l'accouchement, que le secret de son admission et de son identité soit préservé. Dans ce cas, aucune pièce d'identité ne peut être exigée et aucune enquête ne pourra être entreprise. Le Directeur informe de cette admission le correspondant départemental de l'accès aux origines personnelles. Si la mère est mineure, l'autorisation du représentant légal n'est pas requise pour l'accouchement et la procédure de confidentialité (Cf. procédure « accouchement au secret »).

La mère est informée des conséquences juridiques de cette demande et de l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire. Elle est invitée à fournir des renseignements sur sa santé et celle du père, les origines de l'enfant et les circonstances de sa naissance, ainsi que, son identité, sous pli fermé. Elle est également informée de la possibilité qu'elle a de lever, à tout moment, le secret de son identité.

Sur sa demande ou avec son accord, elle bénéficie d'un accompagnement psychologique et social de la part du service d'Aide Sociale à l'Enfance.

Les frais d'hébergement et d'accouchement des femmes qui ont demandé, lors de leur admission, à ce que le secret de leur identité soit préservé ou qui confient leur enfant en vue d'adoption sont pris en charge par le service de l'Aide Sociale à l'Enfance du département.

### 3.2.3.3. *Admission des femmes désirant bénéficier d'une interruption volontaire de grossesse*

Toute admission pour une interruption volontaire de grossesse doit faire l'objet d'une déclaration établie par le médecin et adressée au Médecin Inspecteur Régional de Santé Publique. Cette déclaration ne fait aucune mention de l'identité de la femme.

Tout établissement dans lequel est pratiquée une interruption de grossesse doit assurer, après l'intervention, l'information de la femme en matière de régulation des naissances.

Tout médecin et tout professionnel paramédical peut légalement exercer son droit de refus conformément à la réglementation en vigueur. En effet, aucun médecin, aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse.

Les interruptions volontaires de grossesse sont pratiquées à l'hôpital de Saint-Dié conformément aux dispositions du Code de la santé publique.

La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse.

Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la douzième semaine de grossesse.

Dès la première visite, le médecin sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse informe celle-ci des méthodes médicales et chirurgicales d'interruption de grossesse et des risques et des effets secondaires potentiels. Il lui remet un dossier-guide.

Sur sa demande, l'anonymat de la femme peut être préservé. Chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre.

Avant et après l'interruption volontaire de grossesse, il est proposé à la femme majeure une consultation à caractère psychosocial avec une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé. Cette consultation préalable comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance ou des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés.

Pour la femme mineure non émancipée, cette consultation préalable est obligatoire et l'organisme concerné doit lui délivrer une attestation de consultation. Si elle exprime le désir de garder le secret à l'égard des titulaires de l'autorité parentale ou de son représentant légal, elle doit être conseillée sur le choix de la personne majeure susceptible de l'accompagner dans sa démarche. Chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre.

Si la femme renouvelle, après les deux consultations susmentionnées, sa demande d'interruption de grossesse, le médecin doit lui demander une confirmation écrite lors d'une deuxième consultation médicale. Il ne peut accepter cette confirmation qu'après l'expiration d'un délai d'une semaine suivant la première demande de la femme, sauf dans le cas où le terme des douze semaines risquerait d'être dépassé. Cette confirmation ne peut intervenir qu'après l'expiration d'un délai de deux jours suivant l'entretien avec la personne qualifiée en conseil conjugal, ce délai pouvant être inclus dans celui d'une semaine prévue ci-dessus.

#### ➤ **Dispositions spécifiques pour les femmes mineures : Cf. point n° 3.2.4.5**

##### *3.2.3.4. Déclaration de naissance*

La déclaration de la naissance d'enfants au sein de l'hôpital de Saint-Dié est effectuée auprès des services de l'état civil de la commune par les agents de l'établissement, dans le strict respect des instructions générales relatives à l'état civil. La déclaration est transmise avec les indications données par la mère de l'enfant nouveau-né.

Un registre de déclarations de naissances est tenu par le bureau de gestion des patients de l'établissement.

#### **3.2.4. Patients mineurs**

##### *3.2.4.1. Admission*

L'admission d'un mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale ou de l'autorité judiciaire.

L'admission d'un mineur, que l'autorité judiciaire, statuant en matière d'assistance éducative ou en application des textes en vigueur, a placé dans un établissement d'éducation ou confié à un particulier, est prononcée à la demande du Directeur de l'établissement ou à celle du gardien du mineur.

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

Toutefois, lorsqu'aucune personne exerçant l'autorité parentale ne peut être jointe en temps utile, l'admission est demandée par le service d'aide sociale à l'enfance.

Le Directeur d'un établissement scolaire est habilité à confier un mineur à l'établissement. Les parents du mineur doivent en être informés.

Si les parents de l'enfant sont eux-mêmes mineurs, ils disposent comme tous les autres parents d'un exercice conjoint de l'autorité parentale et peuvent demander l'admission de leur enfant.

Le dossier d'admission du mineur doit comporter l'indication et les coordonnées téléphoniques des personnes titulaires de l'autorité parentale et, pour le cas d'un mineur relevant de l'aide sociale à l'enfance, de la personne responsable joignable 24 heures / 24.

##### *3.2.4.2. Autorisation parentale*

Une autorisation parentale est nécessaire aux différents stades de prise en charge du mineur (admission, soins, acte opératoire, sortie).

Par dérogation à l'article 371-2 du code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé.

Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.

#### 3.2.4.3. *Accompagnants*

Les parents ou toute autre personne qui s'occupe de l'enfant, peuvent demeurer auprès de lui aussi longtemps qu'ils le souhaitent y compris la nuit.

Les accompagnants doivent alors se soumettre aux dispositions du règlement de fonctionnement du service.

Les tarifs relatifs à cet hébergement sont communiqués par le personnel des services de soins.

#### 3.2.4.4. *Autorisation d'opérer - Refus de soins*

L'admission du mineur, régulièrement autorisée, implique l'acceptation d'un programme thérapeutique élaboré par le médecin du service.

Toutefois, en cas d'intervention chirurgicale, l'autorisation écrite des parents ou du détenteur de l'autorité parentale est exigée.

Dans le cas où les père, mère ou tuteur légal sont en mesure de donner une autorisation écrite à bref délai, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire.

Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5 du CSP, si lors de l'admission d'un mineur il apparaît que l'autorisation écrite d'opérer celui-ci, et de pratiquer les actes liés à l'opération ne pourrait en cas de besoin être obtenue à bref délai de ses père, mère ou tuteur légal en raison de leur éloignement, ou pour toute autre cause, ceux-ci doivent, dès l'admission du mineur, signer une autorisation d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération.

A titre tout à fait exceptionnel, dans certains cas où les parents, qui auront été contactés par téléphone, ne peuvent se déplacer, il pourra être admis qu'une autorisation parentale confirmant leur accord soit transmise à l'établissement par télécopie.

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

Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du service peut saisir le Procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

Une confirmation écrite de cet accord sera demandée au Magistrat.

Dans un cas d'extrême urgence, le(s) médecin(s) prodigue(nt) les soins nécessaires au patient mineur.

#### 3.2.4.5. *Mineure souhaitant bénéficier d'une interruption volontaire de grossesse*

Si la patiente est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal est recueilli. Ce consentement est joint à la demande qu'elle présente au médecin en dehors de la présence de toute autre personne.

Si la femme mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou le représentant légal soient

consultés. Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si son consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes et soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix.

Elle doit être conseillée sur le choix de cette personne majeure.

Après l'intervention, une deuxième consultation, ayant notamment pour but une nouvelle information sur la contraception, est obligatoirement proposée aux mineures.

### 3.2.5. Majeurs protégés

#### 3.2.5.1. *Admission des majeurs protégés*

##### A) MAJEUR PLACE SOUS LA SAUVEGARDE DE LA JUSTICE

La personne placée sous sauvegarde de justice conserve l'exercice de ses droits.

L'admission est prononcée sur sa seule demande.

##### B) MAJEUR PLACE SOUS CURATELLE

La personne placée sous curatelle doit être assistée ou contrôlée d'une manière continue dans les actes importants de la vie civile.

Hors les cas d'urgence, l'admission est prononcée sur demande conjointe du majeur et de son curateur.

##### C) MAJEUR PLACE SOUS TUTELLE

La personne placée sous tutelle doit être représentée de manière continue par un tuteur dans tous les actes de la vie civile.

Hors les cas d'urgence, l'admission est prononcée à la demande du tuteur.

#### 3.2.5.2. *Mesures de protection des personnes et de leurs biens*

Les biens des majeurs protégés au sein de l'hôpital peuvent, sur décision de justice, être administrés par un Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs qui exerce ses fonctions sous le contrôle du Juge des Tutelles, et dans les conditions prévues par le code civil.

En cas de besoin, l'établissement instruit la demande de protection qui doit être transmise au Procureur de la République.

### 3.2.6. Militaires

#### 3.2.6.1. *Admission hors les cas d'urgence*

Les militaires sont hors les cas d'urgence, admis dans l'établissement sur la demande de l'autorité militaire compétente et dans les conditions prévues par l'article 21 du décret n° 74.431 du 14 mai 1974.

#### 3.2.6.2. *Militaires - Admission en urgence*

Si le Directeur ou son représentant est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission au Chef du corps d'affectation de l'intéressé ou, à défaut, à la gendarmerie.

Dès que l'état de santé de la personne hospitalisée le permet, toute mesure doit être prise pour qu'il soit évacué sur l'Hôpital des Armées le plus proche.

Les frais d'hospitalisation sont pris en charge par l'Etat.



### 3.2.7. Etrangers - Admission

Les étrangers sont admis au sein des hôpitaux du CHI dans les mêmes conditions que les ressortissants français.

Ils doivent, s'ils ne fournissent pas un justificatif de prise en charge, verser la provision pour frais d'hospitalisation prévue supra.

### 3.2.8. Malades toxicomanes

Les patients ne doivent introduire dans l'établissement ni boissons alcoolisées, ni tabac, ni médicament, ni stupéfiants.

Le malade toxicomane qui se présente spontanément dans un établissement hospitalier afin d'y être traité peut, s'il le demande 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.

Le mineur toxicomane qui se présente dans ces conditions peut bénéficier de l'anonymat sans que ses représentants légaux en soient informés.

L'admission et le départ des personnes auxquelles l'Autorité judiciaire ou l'Autorité sanitaire ont enjoint de se soumettre à une cure de désintoxication ont lieu dans les conditions prévues par les articles L.3413-1 à L.3413-3 CSP.

### 3.2.9. Patients psychiatriques

Les admissions en établissement de santé mentale obéissent à des règles spécifiques. Plusieurs cas de figure sont à distinguer selon le demandeur de l'admission.

La règle est l'hospitalisation libre.

Dans ce cas, l'admission est demandée par le patient lui-même. Il existe également des modalités de soins psychiatriques sous contraintes, modifiées en application de la loi du 5 juillet 2011.

Les Hospitalisations à la Demande d'un Tiers (HDT) se transforment en « hospitalisation en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent » et l'Hospitalisation d'Office (HO) en « admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État ».

#### A) ADMISSION A LA DEMANDE D'UN TIERS OU EN CAS DE PERIL IMMINENT

L'HDT n'était possible avant la réforme que sur demande d'un membre de la famille du malade ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt. La loi de juillet 2011 permet à ce qu'un membre de la famille ou une personne justifiant de relations antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir, formule une demande de soins.

Pour les personnes qui, isolées socialement et sans personnes proches, ont cependant besoin de soins psychiatriques, la nouvelle loi institue une nouvelle procédure : celle d'une admission en cas de péril imminent pour la santé des personnes (sans l'intervention de tiers). Dans cette situation, le Directeur de l'établissement public de santé mentale peut prononcer l'admission en soins psychiatriques, au vu d'un seul certificat médical circonstancié. Le régime applicable sera alors celui de l'admission sur demande d'un tiers.

#### B) ADMISSION SUR DECISION DU PREFET

Les modalités d'admission en soins psychiatriques sur décision du Préfet ne changent pas radicalement avec la nouvelle loi. Un certificat médical circonstancié établi par un médecin qui ne peut être un psychiatre de l'établissement d'accueil doit être amené. Le préfet décidera alors cette admission par arrêté.

### 3.3. SEJOUR DE L'USAGER AU SEIN D'UN SITE DU CHI HMV

#### 3.3.1. Information du malade sur les soins et sur son état de santé

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. *Cf. procédure « annonce d'un dommage associé aux soins ».*

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L.1111-5 du CSP. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Elle peut accéder à des informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande (accompagnée de pièces requises) et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie. *Cf. procédure « Communication du dossier médical ».*

#### 3.3.2. Information de la famille et des proches

Dans chaque service de chaque établissement du CHI, les médecins doivent recevoir les familles et proches des hospitalisés ou hébergés soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des malades et de leur famille et proches. Les informations concernant l'usager sont délivrées sous la réserve de l'accord du patient (cf. point 3.1.11 « information à la famille et aux proches »).

### 3.3.3. Modalités d'exercice du droit de visite

L'accès aux établissements est réservé à ceux qui y sont appelés par leurs fonctions et aux personnes qui se rendent au chevet d'un hospitalisé aux heures de visite. Le Directeur ou son représentant doit donc être immédiatement avisé de la présence de personnes étrangères aux établissements, autres que les usagers ou proches des usagers ou des personnels.

Toute personne ou institution étrangère au service ne peut effectuer une visite d'un service ou d'un site du CHI sans l'autorisation du Directeur ou de son représentant qui sollicite, si besoin est, l'avis du ou des chefs de service concernés.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas, à titre professionnel, accès auprès des malades, sauf accord de ceux-ci et des chefs de service et après autorisation du Directeur.

Les notaires, qui ont la qualité d'officier public, n'ont pas à solliciter une quelconque autorisation de la part de l'Administration pour se rendre auprès des malades qui en ont fait la demande, quel que soit l'état de santé de ces derniers.

Les associations et organismes qui envoient auprès des malades des visiteurs bénévoles doivent, préalablement, obtenir l'agrément de l'Administration. Leurs représentants doivent porter un badge distinctif.

Les malades peuvent demander au cadre de santé du service de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès auprès d'eux. Cette information est consignée dans le dossier du patient.

Les animaux domestiques ne peuvent être introduits dans l'enceinte des établissements du CHI, sauf les chiens d'aveugles, qui peuvent accompagner leur maître, lorsque celui-ci vient pour des soins, jusque dans les halls d'accueil et les animaux accueillis dans le cadre d'ateliers au sein des EHPAD.

### 3.3.4. Comportement des visiteurs-accompagnants

Les visiteurs-accompagnants ne doivent pas troubler le repos des malades, ni gêner le fonctionnement des services. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur-accompagnant et l'interdiction de visite pourront être décidées par le Directeur ou son représentant, après avis du médecin chef de service. Le Directeur pourra recourir à la Force Publique pour faire exécuter cette mesure.

Les visiteurs-accompagnants peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des malades pendant l'exécution des soins et examens pratiqués sur les malades.

Les visiteurs-accompagnants (et les usagers) ne doivent introduire dans l'établissement ni boissons alcoolisées, ni tabac, ni médicaments, ni stupéfiants.

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

Les visiteurs-accompagnants doivent avoir une tenue correcte, éviter d'élever le ton de la conversation et de provoquer tout bruit intempestif par leur conversation ou en faisant fonctionner des appareils sonores. Leur comportement ou leurs propos ne doivent pas être une gêne pour les malades ou pour le fonctionnement du service. Ils doivent s'abstenir de fumer dans l'ensemble des locaux. Des espaces extérieurs sont identifiés à cet usage. Les téléphones portables doivent rester en veille pour ne pas troubler la tranquillité des usagers.

Le nombre des visiteurs pourra être limité par décision du médecin.

Le Directeur est chargé de veiller au respect de l'ordre public au sein de l'établissement. Il peut prendre toutes les mesures destinées à en assurer la préservation, dans le respect des libertés publiques.

### 3.3.5. Horaires des visites

Les visites aux hospitalisés et aux résidents sont autorisées tous les jours selon les horaires affichés dans les établissements et services

Des dérogations aux horaires peuvent être autorisées à titre exceptionnel, avec l'accord du médecin responsable, lorsqu'elles ne troublent pas le fonctionnement du service.

Le droit aux visites peut être restreint pour des motifs liés à la santé de l'utilisateur et à l'évolution de la situation sanitaire.

### 3.3.6. Repas

Les proches des usagers ont la possibilité de prendre leur repas dans la chambre de la personne hospitalisée ou dans les salles à manger des différents établissements. Il convient d'informer le personnel soignant la veille.

Au cas où un des sites est doté d'une cafétéria, les repas peuvent y être pris.

Pour des raisons d'hygiène et de sécurité alimentaire, il est préférable de demander l'avis du cadre de santé avant d'amener dans les chambres de la nourriture provenant d'une autre cuisine que celle de l'établissement.

### 3.3.7. Détermination des menus

Les menus sont arrêtés chaque semaine par la diététicienne de l'établissement et sont communiqués à chaque service.

Sur prescription médicale, des régimes diététiques spéciaux sont servis.

### 3.3.8. Déplacement et comportement des patients hospitalisés - Désordres

Les patients hospitalisés ne peuvent se déplacer dans la journée hors du service où ils sont hébergés sans autorisation d'un membre du personnel soignant ; ils doivent être vêtus d'une tenue décente.

Afin de garantir leur sécurité, et à partir du début du service de nuit, les hospitalisés doivent s'abstenir de tout déplacement hors du service.

Le comportement ou les propos des hospitalisés ne doivent pas être une gêne pour les autres malades ou pour le fonctionnement du service.

Lorsqu'un malade, dûment averti, cause des désordres persistants, le Directeur ou son représentant prend, avec l'accord du médecin responsable, toutes les mesures appropriées pouvant aller, éventuellement, jusqu'à l'exclusion de l'intéressé et le signalement aux forces de l'ordre.

Les hospitalisés ou hébergés doivent veiller à respecter le bon état des locaux et des biens qui sont mis à leur disposition. Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du malade dans les conditions évoquées précédemment.

Le Directeur est chargé de veiller au respect de l'ordre public au sein de l'établissement. Il peut prendre toutes les mesures destinées à en assurer la préservation, dans le respect des libertés publiques.

### 3.3.9. Hygiène

Une stricte hygiène corporelle est de règle au sein des différents établissements du CHI. Chacun est tenu de l'observer.

### 3.3.10. Effets personnels - Jouets personnels

Les patients hospitalisés sont tenus d'apporter :

- Leur nécessaire de toilette (brosse à dents, dentifrice, savon, rasoir, etc...),
- Leur linge et leurs effets personnels (serviettes, gants de toilette, pyjama, robe de chambre, pantoufles, etc...).

Sauf cas particuliers et sous réserve du respect des règles d'hygiène, le malade conserve ses vêtements et son linge personnel dont il doit assumer l'entretien.

L'entretien du linge personnel des résidents des Unités de Soins de Longue Durée et des EHPAD peut être assuré par le CHI. Il doit alors être précisément identifié. Ce marquage est réalisé par l'établissement.

Les jouets appartenant aux enfants ou qui leur sont apportés ne doivent leur être remis qu'avec l'accord du cadre de santé.

### 3.3.11. Interdiction de fumer

Le CHI HVM est adhérent à « Hôpital sans tabac ».

A ce titre, il est soumis à l'interdiction totale de fumer.

L'interdiction de fumer s'applique à tous les lieux fermés et couverts qui accueillent du public ou constituent des lieux de travail (y compris les bureaux individuels) des différents sites.

L'interdiction de fumer s'applique à l'usage de la cigarette électronique.

Une signalétique répondant aux normes réglementaires, matérialisant l'interdiction de fumer et délivrant un message sanitaire de prévention, est apposée à toutes les entrées des bâtiments hospitaliers et de l'institut de formation en soins infirmiers.

Le CHI organise des sessions d'accompagnement au sevrage tabagique auprès des hospitalisés, consultants et membres du personnel.

### 3.3.12. Courrier

Le courrier départ, affranchi au tarif en vigueur, peut être remis au personnel soignant qui le fera déposer à la Poste par l'intermédiaire du vauquemestre.

### 3.3.13. Télévision – Téléphone – Internet

Le patient du CH dispose d'une offre TV / Téléphonie / Internet, à la carte. Une offre complète (chaînes de télévision, forfait de communications téléphoniques) est proposée dans le cadre du régime particulier que certaines mutuelles prennent en charge. Les prestations sont à régler à l'avance à l'accueil.

Le résident d'EHPAD dispose d'une offre TV TNT / Téléphonie.

Les récepteurs de télévision ou de radio ou d'autres appareils sonores ne doivent pas gêner le repos des patients.

### 3.3.14. Service social – PASS

Un service social est à la disposition des usagers et de leurs proches, ainsi que du personnel. Une permanence est assurée aux heures ouvrables. En outre, une assistante sociale peut se rendre au chevet du patient ou du résident, à la demande de ce dernier.

Les assistants sociaux favorisent le maintien ou l'accès aux droits sociaux et participent à la régularisation des difficultés administratives ou juridiques. Ils aident à la mise en place de procédures de protection des personnes et de leurs biens lorsqu'elles s'avèrent nécessaires.

Ils préparent, en collaboration avec les autres intervenants, le maintien ou le retour à domicile. Ils aident également les familles dans leurs démarches administratives et dans la recherche d'une structure de soins de suite ou d'un hébergement de longue durée.

Pour faciliter l'accès au système de santé des personnes démunies et les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de Couverture Maladie Universelle, l'établissement dispose d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé.

La permanence est assurée, sur rendez-vous, au service social du lundi au vendredi et est accessible aux personnes externes à l'hôpital, aux hospitalisés et consultants.

### 3.3.15. Exercice du culte

Les hospitalisés ou hébergés peuvent participer à l'exercice de leur culte.

Les ministres des cultes des différentes confessions peuvent rendre visite aux usagers qui en ont exprimé le désir auprès des cadres de santé ou qui ont été signalés auprès des référents des différents cultes.

L'expression des convictions religieuses ne doit porter atteinte ni au fonctionnement du service, ni à la qualité des soins, ni aux règles d'hygiène, ni à la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches. Tout prosélytisme est interdit, qu'il soit le fait d'une personne hospitalisée, d'un visiteur, d'un membre du personnel ou d'un bénévole.

## 3.4. SORTIES

### 3.4.1. Préparation de la sortie

Dès l'admission, la planification de la sortie est envisagée et actualisée au cours du séjour avec le service social.

### 3.4.2. Autorisations 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, soit de quelques heures sans découcher, soit davantage, sans toutefois atteindre les 48 heures. Au-delà, la sortie administrative du patient sera automatiquement prononcée.

Ces autorisations de sortie sont accordées, sur avis favorable du médecin responsable, par le Directeur ou son représentant.

Lorsqu'un malade qui a été autorisé à quitter l'établissement ne rentre pas dans les délais qui lui sont impartis, l'Administration le porte sortant et il ne peut être admis à nouveau que dans la limite des places disponibles.

### 3.4.3. Formalités de sortie

Lorsque l'état de santé de l'hospitalisé n'impose plus son maintien dans l'un des services du CHI, sa sortie est prononcée par le Directeur ou son représentant, sur proposition du médecin responsable. Le Directeur ou son représentant prononce la sortie du malade.

La sortie d'un militaire est signalée au chef de corps, ou, à défaut, à la gendarmerie.

Le médecin traitant doit être informé, le plus tôt possible après la sortie de l'hospitalisé, des prescriptions médicales auxquelles le malade doit continuer à se soumettre ; il doit recevoir toutes les indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du malade.

Toutes les dispositions sont prises le cas échéant, sur proposition médicale, pour faciliter le transfert de l'hospitalisé dans un établissement de moyen ou long séjour adapté à son cas.

En règle générale, la sortie des hospitalisés a lieu en cours de matinée. Cependant, pour le bon fonctionnement des services et pour tenir compte de conditions particulières d'hospitalisation, des horaires différents peuvent être pratiqués.

### 3.4.4. Sortie contre avis médical

A l'exception des mineurs et des personnes hospitalisées d'office, les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement, sous condition (voir 3.1.12 « Refus de soins et d'hospitalisation d'un malade »).

Si le médecin responsable estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour la personne hospitalisée, cette dernière n'est autorisée à quitter l'hôpital qu'après avoir rempli une attestation établissant qu'elle a eu connaissance des dangers que cette sortie présentait. La sortie est alors prononcée par le Directeur ou son représentant et par le médecin, par écrit, sur un document signé en double exemplaire et classé dans le dossier du patient.

Lorsque le malade refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé par le médecin ou l'interne et un soignant.

### 3.4.5. Sortie disciplinaire

La sortie des usagers peut également, hors le cas où l'état de santé de ceux-ci l'interdirait, être prononcée par une mesure disciplinaire, dans les conditions et les modalités fixées par l'article 3.3.8. supra.

### 3.4.6. Sortie après refus de soins

Lorsque les usagers n'acceptent aucun des traitements, interventions ou soins proposés, leur sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant des soins immédiats, est prononcée par le Directeur ou son représentant, après signature par l'hospitalisé d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés.

Si l'usager refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé par le médecin ou l'interne et un soignant.

### 3.4.7. Sortie des mineurs en cours d'hospitalisation

Sous réserve d'éventuelles décisions de l'autorité judiciaire, les mineurs ne peuvent être, pour les sorties en cours d'hospitalisation, confiés qu'à leur père, mère, tuteur ou garde et aux tierces personnes expressément autorisées par ceux-ci, même s'ils sont arrivés seuls au service des urgences.

Le mineur n'a pas la capacité de signer une attestation s'il veut quitter l'établissement contre avis médical. Cette demande ne peut être présentée que par la personne exerçant l'autorité parentale sur l'enfant. Elle signe l'attestation établissant qu'elle a eu connaissance des dangers présentés pour la santé de l'enfant par cette sortie ; si elle refuse de signer l'attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé. Si cette demande de sortie semble de nature à mettre en danger la santé ou l'intégrité corporelle de l'enfant, le Directeur ou son représentant saisit le Ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

Les personnes exerçant l'autorité parentale sont informées de la sortie prochaine du mineur.

#### 3.4.8. Sortie sans autorisation des usagers

##### **Usager majeur :**

Si les recherches dans l'établissement restent vaines et si le médecin estime que l'état du malade permet sans danger cette sortie, ce dernier est déclaré sortant.

Si le médecin estime que cette sortie réalisée à l'insu du service met en danger l'intégrité physique du malade ou compromet son état de santé, des recherches doivent être effectuées auprès de la famille, puis, si nécessaire, par la police. Le cadre administratif de garde est tenu informé de l'ensemble du déroulé de la procédure.

##### **Usager mineur :**

La famille doit être immédiatement prévenue.

Si la personne exerçant l'autorité parentale signe l'attestation prévue pour les sorties contre avis médical, l'enfant est déclaré sortant. A défaut, la police est alertée en vue d'effectuer les recherches nécessaires.

Si le malade ne regagne pas le service, un rapport sera adressé dans les 24 heures au Directeur. Le Directeur ou son représentant doit être prévenu en temps réel des différentes étapes.

#### 3.4.9. Sortie des nouveau-nés

Sous réserve des cas particuliers des prématurés, de nécessité médicale ou de cas de force majeure constatée par le médecin responsable, le nouveau-né quitte l'établissement en même temps que sa mère.

#### 3.4.10. Sortie par transport en ambulance

Si, lors de sa sortie, son état nécessite un transport (dûment constaté par une prescription médicale), que ce soit en véhicule sanitaire ou non sanitaire, le malade a le libre choix de l'entreprise de transport.

L'établissement tient par ailleurs à la disposition des malades la liste des sociétés de transports sanitaires agréées dans le département.

Si le malade n'exprime pas de choix, l'établissement fait appel aux entreprises d'ambulances suivant un tour défini, géré par le standard.

Les frais occasionnés pourront être à la charge du malade.

#### 3.4.11. Questionnaire de satisfaction

Tout hospitalisé reçoit, avant sa sortie, un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations ; ce questionnaire rempli est rendu à l'Administration sous une forme anonyme, dans des boîtes aux lettres installées à cet effet dans les services.

Une enquête de satisfaction à destination des consultants est organisée périodiquement par l'Etablissement. Les questionnaires sont à remettre aux secrétariats des consultations externes.



## 3.5. RELATIONS ENTRE MEDECINS HOSPITALIERS, MEDECINS TRAITANTS ET MALADES

### 3.5.1. Conservation du dossier médical

La conservation du dossier médical est assurée par l'Administration hospitalière, selon la réglementation en vigueur. Le Directeur est responsable des archives médicales.

### 3.5.2. Communication du dossier médical

Le dossier médical d'un usager lui est remis à sa demande, ou au médecin qu'il aura désigné, selon la procédure validée par l'établissement. Cf. *procédure « Communication du dossier médical »*.

En cas de décès de l'usager, ses ayants-droits peuvent accéder aux informations médicales le concernant après avoir justifié leur qualité d'ayant-droit (acte de notoriété) et en précisant le motif pour lequel ils ont besoin d'avoir connaissance de ces informations, sauf si le défunt avait, au préalable, exprimé une volonté contraire.

Le dossier médical peut, en outre, être consulté sur place à la demande du malade, par le médecin traitant ou par un médecin désigné par le malade (à l'exclusion d'un médecin de compagnie d'assurance ou d'un médecin de contrôle).

Les dispositions de la loi "informatique, fichiers et liberté" ne permettent pas de déroger aux dispositions précédentes.

En ce qui concerne l'exercice du contrôle médical, les médecins responsables communiqueront ou prendront toutes les dispositions utiles pour que soient communiqués au médecin-conseil de la Sécurité Sociale les documents médicaux nécessaires à l'exercice du contrôle.

Toutes les garanties doivent être prises pour la sauvegarde du secret médical.

### 3.5.3. Envoi d'un dossier médical succinct

Avec l'accord du malade, un dossier médical succinct peut être adressé au médecin de ville ou au médecin d'un établissement public qui en fait la demande (à l'exclusion d'un médecin de compagnie d'assurance ou d'un médecin de contrôle).

Ce dossier est constitué par un membre de l'équipe médicale hospitalière à partir du dossier médical complet conservé par l'établissement.

L'envoi se fait en recommandé contre remboursement pour les frais engagés pour les copies de documents et de clichés, ainsi que pour l'expédition.

### 3.5.4. Information au médecin traitant

#### 3.5.4.1. *Information en cours d'hospitalisation*

En fonction de la durée prévisible de l'hospitalisation, le médecin responsable du patient communique le plus rapidement possible au médecin désigné par le malade ou sa famille et qui en a fait la demande écrite, toute information relative à l'état du malade.

#### 3.5.4.2. *Information à la sortie du malade*

Le patient dispose à sa sortie des informations et des documents nécessaires pour assurer la continuité de sa prise en charge.

Le médecin responsable adresse au médecin désigné par le malade ou sa famille, par voie postale et dans un délai maximum de 8 jours suivant la sortie du malade, une lettre l'informant de cette sortie,

résumant les observations faites, les traitements effectués, ainsi qu'éventuellement la thérapeutique à poursuivre.

Avant la sortie, l'information est faite au médecin traitant du retour à domicile du patient lorsque l'état de celui-ci requiert un suivi particulier.

### 3.5.5. Communications des résultats d'examens anatomo et cyto-pathologiques des malades hospitalisés et des consultants externes

Les prélèvements sont effectués par les professionnels des unités de soins, blocs opératoires ou consultations, et les résultats sont toujours adressés directement aux médecins prescripteurs et jamais aux malades, conformément aux directives propres à ces disciplines.

Les patients qui le souhaitent peuvent désigner tout médecin de leur choix qui recevra copie des résultats à condition que ce praticien figure dans l'annuaire des "Docteurs en médecine en exercice".

### 3.5.6. Communication des radiographies et examens d'imagerie médicale

Les radiographies et autres examens d'imagerie médicale sont remis au consultant externe lorsque celui-ci en formule la demande.

Le consultant est invité à les conserver et les présenter lors des consultations futures.

Le patient pris en charge aux urgences, s'il en fait la demande expresse (contre signature d'un écrit en attestant) peut se voir remettre le cliché original. Le service conserve alors une copie du (des) cliché(s) remis afin de se prémunir contre tout contentieux éventuel ultérieur portant notamment sur l'interprétation des radiographies.

## 3.6. FIN DE VIE ET DECES DES HOSPITALISES ET PERSONNES ACCUEILLIES EN HEBERGEMENT

### 3.6.1. Fin de vie

#### 3.6.1.1. Directives anticipées

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté.

Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou de l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment. Elles se présentent sous forme d'un document écrit et authentifiable.

A condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant.

#### 3.6.1.2. Patient en fin de vie

L'établissement met tout en œuvre pour assurer au patient parvenu au terme de son existence une vie digne jusqu'à la mort. Il reçoit des soins d'accompagnement qui répondent à ses besoins spécifiques tant physiques que physiologiques. S'il le souhaite, il est accompagné par sa famille, ses proches ou les personnes de son choix ainsi que par les bénévoles de l'établissement.

La prise en compte de sa volonté est essentielle. Lorsqu'un patient, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informé des conséquences de son choix. La décision du patient est inscrite dans son dossier médical.

Lorsqu'un patient, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause et hors d'état d'exprimer sa volonté, a désigné une personne de confiance, l'avis de cette dernière, sauf urgence ou impossibilité, prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées, dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin.

Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'un patient, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrégé sa vie, il doit en informer le patient, la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un des proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.

Lorsqu'un patient, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de ce patient, après avoir respecté la procédure collégiale définie par le Code de déontologie médicale et consulté la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées du patient. Lorsque la personne de confiance est désignée, son avis l'emporte sur celui exprimée par la famille ou par les proches. La décision motivée du médecin est inscrite dans le dossier médical.

### *3.6.1.3. Associations de bénévoles spécialisées*

Les patients en fin de vie et leurs proches peuvent bénéficier d'un accompagnement visant à apaiser leur souffrance psychique et à leur assurer un soutien psychologique et social. Des bénévoles, formés à l'accompagnement de la fin de vie et appartenant aux associations liées par convention avec l'établissement, peuvent, avec l'accord du patient ou de ses proches et sans interférer avec la pratique des soins médicaux et paramédicaux, apporter leur concours à l'équipe de soins en participant à l'ultime accompagnement du malade et en confortant son environnement psychologique et social, ainsi que celui de son entourage.

Les bénévoles intervenants doivent arborer un badge mentionnant leur identité et l'association à laquelle ils sont affiliés, et respecter scrupuleusement les dispositions du présent règlement, comme l'organisation des soins.

### *3.6.1.4. Transfert du patient en fin de vie*

À l'approche du décès, il revient à l'équipe soignante d'accompagner le patient, sa famille ou les proches. En cas d'aggravation, la famille ou les proches doivent être prévenus sans délais par le médecin, le cadre de santé ou à défaut l'infirmier et par tous les moyens appropriés. Le patient est transporté, si possible, dans une chambre individuelle du service avec toute la discrétion souhaitable. Sa famille ou ses proches sont admis à rester près de lui et à l'assister dans ses derniers moments.

### *3.6.1.5. Mort subite du patient*

Dans le cas de mort subite du patient, le médecin, le cadre ou à défaut l'infirmière, prévient sans délais la famille ou la personne à prévenir, en lui indiquant que le service s'efforcera de tenir compte de ses desiderata.

## **3.6.2. Constat du décès**

Le décès est constaté par un médecin. Le médecin inscrit au tableau du conseil de l'ordre établit un certificat de décès.

Conformément à l'article 80 du Code civil, les décès sont inscrits sur un registre spécial, disponible dans les bureaux de la gestion des patients. Copie en est transmise dans les 24 heures au bureau d'état civil de la mairie.

### 3.6.3. Notification du décès

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

La notification du décès est faite :

- Pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France : au consulat le plus proche,
- Pour les militaires : à l'autorité compétente,
- Pour les mineurs relevant d'un service départemental d'Aide Sociale à l'Enfance : au Directeur de la solidarité et de la vie sociale du Conseil Général des Vosges,
- Pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger : au Directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne gardienne du mineur.

Dans la mesure du possible, le médecin hospitalier informe dans les meilleurs délais le médecin traitant du décès de son patient.

### 3.6.4. Déclaration d'enfant sans vie

La déclaration « d'enfant sans vie » est établie conformément aux dispositions de la circulaire n° 001-876 du 30 novembre 2001. Cette déclaration est enregistrée à l'état civil.

### 3.6.5. Indices 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 responsable, avise l'autorité judiciaire, conformément à l'article 81 du Code civil.

### 3.6.6. Toilette mortuaire et inventaire après décès

Lors du décès médicalement constaté, l'infirmier(e) ou l'aide-soignant(e) de service procède à la toilette et à l'habillage du défunt avec toutes les précautions convenables et dresse avec l'aide éventuelle du cadre infirmier et sous son contrôle, l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs, etc... qu'il possédait.

Cet inventaire est dressé en présence d'au moins un témoin. Une copie est conservée au dossier et l'autre est adressée aux proches désignés par le défunt.

L'inventaire, mentionné à l'alinéa précédent, est signé par le cadre de santé ou l'infirmier(e) et le témoin, puis remis dans les 24 heures avec les objets qui y figurent, soigneusement enveloppés, dans des sacs prévus à cet effet.

Ces biens usuels sont restitués aux ayants droit.

Les espèces, valeurs et bijoux sont immédiatement remis au Trésor Public qui les restitue aux ayants droits.

En cas de non-observation de ces règles, l'agent engage sa responsabilité et celle de l'hôpital.

Dans la mesure où les circonstances le permettent, les proches ont accès auprès du défunt avant que le corps ne soit déposé dans la chambre mortuaire.

Les proches peuvent demander la présentation du corps au dépôt mortuaire de l'établissement.

### 3.6.7. Sortie du corps du service

#### 3.6.7.1. *Vers la chambre mortuaire*

Pour les décès survenus en MCO, les brancardiers de l'établissement transportent les corps vers la chambre mortuaire.

Pour les décès survenus en EHPAD et USLD, le transport de corps est effectué par un ambulancier privé, vers une chambre funéraire.

#### 3.6.7.2. *Vers la chambre funéraire*

Le transport du corps dans une chambre funéraire située sur le territoire de la commune du lieu de décès ne peut être effectué que sur production d'un certificat médical constatant que le défunt n'est pas atteint d'une des maladies contagieuses dont la liste est fixée par un arrêté du Ministre de la santé. Il appartient au médecin responsable du malade ou son médecin traitant pour le résident en EHPAD, d'établir ce certificat.

L'admission en chambre funéraire avant mise en bière doit être achevée dans un délai maximum 48 heures à compter du décès (Art. R2213-11 code général des collectivités territoriales).

Elle a lieu sur la demande écrite, soit de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile, soit du Directeur.

En outre, si le corps doit être transporté dans une chambre funéraire hors de la commune où se trouve implanté l'établissement dans lequel est survenu le décès, la personne ayant demandé l'admission en chambre funéraire doit solliciter une autorisation préalable de transport, auprès du Maire de la commune du lieu de décès.

Les dispositions ci-dessus ne visent que les transports dans une chambre funéraire autre que la chambre mortuaire de l'établissement.

#### 3.6.7.3. *Vers le domicile*

Le transport sans mise en bière du corps d'une personne décédée au sein d'un établissement du CHI à la résidence du défunt ou d'un membre de sa famille doit être autorisé par le Maire de la commune où est implanté l'établissement.

L'autorisation est subordonnée :

- ✓ à la demande écrite de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile,
- ✓ à la reconnaissance préalable du corps par ladite personne,
- ✓ à l'accord écrit du Directeur ou son représentant, si le corps doit être transporté hors de la commune et hors funérarium.
- ✓ à l'accord écrit du médecin hospitalier responsable du malade,
- ✓ à l'accomplissement préalable des formalités prescrites aux articles 78, 79 et 80 du Code civil relatives aux déclarations de décès.

Si ces formalités ne peuvent être accomplies, le transport ne peut avoir lieu. Le corps est alors déposé à la chambre mortuaire de l'établissement.

Le médecin ne peut s'opposer au transport que pour les motifs suivants :

- Le décès soulève un problème médico-légal,
- Le défunt était atteint, au moment du décès, de l'une des maladies contagieuses dont la liste est fixée par arrêté du Ministre de la Santé, après avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France,
- L'état du corps ne permet pas un tel transport,

Si le médecin s'oppose au transport du corps sans mise en bière, il doit en avertir sans délai par écrit le Directeur de l'établissement et la famille.

Le transport à résidence doit être effectué et terminé dans un délai maximum de 18 heures à compter du décès si le corps n'a pas subi des soins de conservation ; au cas où le corps a subi de tels soins, le transport doit être effectué et terminé dans un délai de 36 heures à compter du décès.

Les transports à résidence sont assurés par des véhicules agréés à cet effet.

### 3.6.8. Transport de corps après mise en bière

Avant son inhumation ou sa crémation, le corps d'une personne décédée doit être mis en bière.

Si la personne décédée était porteuse d'un pace-maker ou d'un défibrillateur, un médecin fait procéder à la récupération de l'appareil avant la mise en bière.

Le transport de corps après mise en bière ne peut être effectué que par un service ou une entreprise agréée.

### 3.6.9. Prélèvements d'organes

*Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000.*

Une coordination hospitalière est organisée dans l'établissement permettant la prise en charge des prélèvements d'organes et de tissus sur donneur décédé à cœur arrêté.

L'hôpital de Saint-Dié-des-Vosges est autorisé à effectuer des prélèvements de cornées sur un donneur décédé à cœur arrêté.

Les prélèvements d'organes sont organisés en liens étroits avec le réseau départemental.

### 3.6.10. Inhumation

Lorsque dans un délai de 10 jours au maximum, le corps n'a pas été réclamé par la famille ou les proches, l'établissement fait procéder à l'inhumation. S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation est effectuée en accord avec l'autorité compétente.

Les conditions dans lesquelles les frais d'inhumation et d'obsèques des différentes catégories d'hospitalisés sont prises en charge soit par les services d'Aide Sociale, soit par les organismes de Sécurité Sociale, soit par la commune ou l'Etat, soit par l'établissement ou la succession, sont déterminés par les lois et règlements en vigueur.

### 3.6.11. Mesures de police sanitaire

Lorsque les mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au défunt sont incinérés par mesure d'hygiène.

Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants droits qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur desdits objets et effets.

## 3.7. AFFLUX MASSIF DE VICTIMES

En cas d'afflux massif de victimes, un plan d'organisation des secours d'urgences ou « Plan Blanc » est mis en place.

Le « Plan Blanc » est un plan spécifique d'urgence des établissements de santé publics et privés.

Il est destiné à faire face à une situation exceptionnelle ou à une activité accrue d'un hôpital. Il doit permettre d'organiser l'accueil d'un afflux massif de victimes d'un accident, d'une catastrophe, d'une épidémie ou d'un évènement climatique meurtrier et durable.

Le « Plan Blanc » doit regrouper les consignes d'organisation intra-hospitalière pour cet accueil ainsi que les modalités de mise en place d'une cellule de crise.

Le « Plan Blanc » recense les moyens susceptibles d'être mobilisés et définit les conditions de leur emploi.

Le Directeur ou son représentant déclenche le « Plan Blanc » après avis du médecin référent des urgences.

## **3.8. DISPOSITIONS PROPRES AUX SERVICES D'HEBERGEMENT DES PERSONNES AGEES DU CHI HÔPITAUX DU MASSIF DES VOSGES**

### **3.8.1. Etablissements - Catégories d'hébergement**

#### **3.8.1.1. *Présentation générale***

Le CHI compte 55 lits d'USLD, 704 lits d'EHPAD et 18 places d'accueil de jour.

Il accueille au sein de ses différents sites les personnes âgées en perte d'autonomie et atteintes de troubles cognitifs en hébergement temporaire ou permanent.

L'admission est prononcée par le Directeur Délégué de Site ou son représentant après examen d'un dossier médical et administratif soumis à la commission d'admission pluri disciplinaire qui se réunit de façon régulière. Elle a un rôle décisionnel pour l'admission et pour l'orientation du futur résident en fonction des places disponibles, de sa pathologie (et de son niveau de dépendance), de la spécificité de la prise en charge des résidents en fonction des sites, et du souhait du futur résident et de sa famille.

Lors de l'admission, le résident (ou sa famille ou son représentant légal s'il n'est pas en état d'exprimer son consentement) est invité à signer le contrat de séjour ainsi qu'un engagement de payer. En cas de refus, l'admission ne peut être prononcée.

#### **3.8.1.2. *Le projet d'accompagnement personnalisé***

Elaboré de manière pluri disciplinaire, il permet de décliner les modalités de la prise en charge individualisée du résident accueilli dans l'établissement et a pour objet de favoriser la qualité de vie des résidents. Ce projet rédigé devient une véritable « philosophie » propre aux résidences, partagée par les personnels, les familles et les résidents.

Il est construit autour de valeurs et de critères de qualité de la prise en charge des personnes âgées en lien avec la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante.

Ce projet d'accompagnement personnalisé est évalué régulièrement afin de répondre aux attentes et aux besoins des personnes accueillies dans l'établissement.

### 3.8.2. Le Conseil de la Vie Sociale (CVS)

Chaque site accueillant des personnes âgés dépendantes met en place un Conseil de la Vie Sociale

#### 3.8.2.1. *Composition*

Le conseil de la vie sociale comprend :

Voix délibératives :

- deux représentants des personnes accueillies (deux titulaires et deux suppléants) élus si possible par vote à bulletin secret à la majorité des votants respectivement par l'ensemble des usagers (en cas d'égalité, le choix se fait par tirage au sort)
- deux représentant des familles (deux titulaires et deux suppléants) élus si possible par vote à bulletin secret à la majorité des votants respectivement par l'ensemble des familles des usagers (en cas d'égalité, le choix se fait par tirage au sort)
- un représentant des personnels désignés par les organisations syndicales représentatives de l'établissement
- un représentant de l'organisme gestionnaire (Conseil de Surveillance de l'établissement)

Voix consultatives, adaptées selon les sites et les ordres du jour (liste non limitative) :

- le Directeur du CHI HVM , ou son représentant,
- le médecin coordonnateur de l'EHPAD
- la Cadre de santé de l'EHPAD
- l'IDEC
- la gouvernante de l'EHPAD
- le responsable maintenance
- une animatrice
- la psychologue
- l'APA
- le chef de cuisine
- un représentant des VMEH
- la secrétaire de séance

#### 3.8.2.2. *Attributions*

Le conseil de la vie sociale donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service, notamment :

- L'organisation intérieure et vie quotidienne,
- Les activités, animations socioculturelles et services thérapeutiques,
- Les projets de travaux et d'équipements,
- La nature et le prix des services rendus,
- L'affectation des locaux collectifs,
- L'entretien des locaux,
- Les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture,
- L'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre les participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prise en charge.



### 3.8.3. Le Règlement de fonctionnement

Un règlement de fonctionnement, spécifique au service des personnes âgées, est à la disposition des pensionnaires et des familles. Il précise en particulier les modalités d'admission et de prise en charge, les relations avec l'extérieur (sorties, téléphone, culte, ...) et les règles de vie dans l'établissement.

### 3.8.4. Le Contrat de séjour

Un contrat de séjour est conclu, lors de l'admission, entre le résidant et l'établissement : ce contrat comprend des éléments relatifs à l'admission, la description des prestations offertes par l'établissement, aux conditions financières du séjour, aux responsabilités respectives de l'établissement et du résidant pour les biens et effets personnels, ainsi qu'aux conditions de résiliation du contrat.

## CHAPITRE 4 - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

---

### 4.1. OBLIGATIONS

#### 4.1.1. Nécessité de service

Le Centre Hospitalier intercommunal des Hôpitaux du Massif des Vosges assure une mission de service public et il doit, à ce titre, organiser la permanence et la continuité des soins et des activités nécessaires à son fonctionnement et à l'accueil des usagers à tout moment.

Chaque agent hospitalier se doit de participer à cette continuité.

#### 4.1.2. Assiduité et ponctualité du personnel

Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions au sein de l'établissement avec l'assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement du service public hospitalier.

#### 4.1.3. Organisation du temps de travail

La durée du temps de travail effectif s'entend comme le temps pendant lequel les agents sont à la disposition de leur employeur et doivent se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles. Toutefois, pour les agents en horaire continu, il est précisé que les pauses repas de 30 minutes, non imputées sur le temps de travail, devront être prises dans l'enceinte de l'établissement. L'agent en horaire continu n'a pas la possibilité de sortir de l'établissement. Seuls les agents en horaires coupés ont cette possibilité. Il est également précisé que les pauses légales de 20 minutes (majorées de 10 minutes dans certains cas) accordées pour 6 heures de travail consécutif sont exclusives de toute autre pause et doivent être prises dans le service d'affectation de l'agent. Par conséquent, aucune pause complémentaire (cigarettes...) ne peut être autorisée durant les heures de services.

Le guide de gestion de ressources humaines, disponible auprès de chaque cadre et accessible depuis l'espace intranet de l'établissement, précise la réglementation relative au temps de travail du personnel non médical.

#### 4.1.4. Exécution des instructions reçues

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

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

En cas d'empêchement 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 pour le 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 réglementées par dispositions législatives.

#### 4.1.5. Information du supérieur hiérarchique de tout incident

Tout agent doit informer son supérieur hiérarchique, dans les meilleurs délais et en privilégiant le moyen d'information le plus direct, des situations le plaçant dans l'impossibilité d'assurer une vacation de travail planifiée ainsi que des incidents de toute nature dont il a connaissance à l'occasion de son service.

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

Tout agent qui a connaissance d'un événement indésirable concernant tout secteur de la vie hospitalière est tenu de le signaler par écrit au moyen du formulaire prévu. Il adresse son signalement à la direction de la qualité et de la gestion des risques ou à un représentant du personnel siégeant au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail. Il peut aussi le déposer dans une des boîtes aux lettres prévues à cet effet.

#### 4.1.6. Conservation en bon état des locaux, matériels et effets

Il est de l'intérêt et du devoir des agents du CHI de préserver le bon état des locaux et matériels qui sont mis à la disposition de leur exercice professionnel. Des dégradations sciemment commises entraînent pour leurs auteurs, quelle que soit leur qualité ou leur fonction, l'obligation d'indemniser les dégâts causés, sans préjudice d'éventuelles poursuites devant les tribunaux compétents.

#### 4.1.7. Interdiction de pourboires ou rétributions en espèces

Aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les usagers, soit à titre de gratification, soit à titre de dépôt. Cette interdiction s'applique aux personnels à titre individuel, mais également au service concerné.

Les usagers ou leur famille, qui souhaitent manifester leur satisfaction à l'égard de l'établissement, peuvent faire un don à l'Etablissement, celui-ci devra être adressé à la Direction.

#### 4.1.8. Obligation de déposer argent, valeurs ou objets confiés par les usagers ou trouvés dans l'hôpital

Aucun agent du CHI ne doit conserver des dépôts d'argent ou d'objets de valeur appartenant à des usagers. Ces dépôts doivent être versés, sans délai, au régisseur de l'établissement, selon des modalités définies supra.

#### 4.1.9. Cumul d'activité des fonctionnaires

Les agents de l'établissement ne sont pas autorisés à exercer, concomitamment à leur activité publique une activité privée lucrative.

Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par les réglementations générales et particulières sur les cumuls d'emplois ou de rémunérations ainsi que sur l'activité libérale des praticiens temps plein.

Les fonctionnaires peuvent être autorisés à cumuler une activité accessoire à leur activité principale, sous réserve que cette activité ne porte pas atteinte au fonctionnement normal, à l'indépendance ou à la neutralité du service, conformément aux conditions fixées au dernier alinéa du I de l'article 25

de la Loi du 13 juillet 83 et du Décret 2007-658 du mai 2007 modifié par le décret 2001-82 du 20 janvier 2011.

Sont interdites, y compris si elles sont à but non lucratif, les activités privées suivantes : la participation aux organes de direction de sociétés ou d'associations ; le fait de donner des consultations, de procéder à des expertises et de plaider en justice dans les litiges intéressant toute personne publique, le cas échéant devant une juridiction étrangère ou internationale, sauf si cette prestation s'exerce au profit d'une personne publique. La prise, par eux-mêmes ou par personnes interposées, dans une entreprise soumise au contrôle de l'administration à laquelle ils appartiennent ou en relation avec cette dernière, d'intérêts de nature à compromettre leur indépendance.

Les exceptions concernant l'interdiction d'exercer à titre professionnel une activité privée lucrative concernent les fonctionnaires qui après déclaration à l'autorité dont ils relèvent pour l'exercice de ses fonctions, créent ou reprennent une entreprise. Cette dérogation est ouverte pendant une durée maximale de deux ans à compter de cette création ou reprise et peut être prolongée pour une durée maximale d'un an. La déclaration des intéressés est au préalable soumise à l'examen de la commission de déontologie.

#### 4.1.10. Identification du personnel

Il revient à chaque agent de s'identifier lorsqu'il est en contact avec l'utilisateur ou ses proches. Une identification du personnel a été instituée sur les tenues de travail pour le personnel qui en porte, selon les informations nominatives établies par la Direction des Ressources Humaines. Il convient que tout agent respecte ce principe d'identification mis en place dans un souci d'humanisation de l'établissement hospitalier et de meilleure sécurité de tous.

#### 4.1.11. Tenue vestimentaire de travail

Toutes les personnes appelées à travailler dans les services du CHI HVM doivent adopter les tenues vestimentaires de travail usuelles dans l'établissement. Le trousseau est la propriété du Centre Hospitalier.

Chaque tenue est identifiée au nom du porteur. Chaque agent est responsable de son trousseau tout au long de sa carrière au sein de l'établissement. A son départ, il est dans l'obligation de restituer tout son trousseau.

La tenue vestimentaire réglementaire doit être portée pendant toute la durée du service. Pour des raisons d'hygiène, les tenues sales doivent OBLIGATOIREMENT être déposées dans les sacs de linge sale du service afin qu'elles soient acheminées et traitées par la blanchisserie du SIH. Il est strictement interdit d'amener les tenues chez soi.

Le port des vêtements de travail est interdit au sein des restaurants du personnel et à l'extérieur des sites lorsque le personnel n'est pas en service et qu'il n'accomplit pas une mission ou tâche expressément confiée par son supérieur hiérarchique.

#### 4.1.12. Tenue et comportement correct exigé

Une tenue correcte dans l'habillement, dans le langage comme dans les actes ainsi qu'une stricte hygiène corporelle est exigée de l'ensemble du personnel.

Le personnel soignant doit veiller à avoir les cheveux propres, courts ou attachés et relevés ainsi que des ongles courts, propres, sans vernis ni faux ongles.

La familiarité à l'égard des malades est formellement proscrite.

### 4.1.13. Interdiction de fumer

Le CHI HMV est adhérent à « Hôpital sans tabac ».

A ce titre, il est soumis à l'interdiction totale de fumer.

L'interdiction de fumer s'applique à tous les lieux fermés et couverts qui accueillent du public ou constituent des lieux de travail (y compris les bureaux individuels) du Centre Hospitalier et de l'IFSI.

L'interdiction de fumer s'applique à l'usage de la cigarette électronique.

### 4.1.14. Usage de téléphone portable et tablette numérique

Pour des raisons d'hygiène et de respect des usagers, l'usage de téléphone portable ou autre tablette numérique est strictement interdit pendant le service. Seul l'usage professionnel peut donner lieu à dérogation.

### 4.1.15. Relations avec les usagers

#### 4.1.15.1. Comportement

Les personnels s'efforcent, sans distinction de grade ou de fonction, d'assurer au mieux le confort physique et moral des usagers dont ils ont la charge. Le soulagement de la souffrance des usagers doit être une préoccupation constante de tous les personnels.

D'une manière générale, ils prennent toutes dispositions, dans l'exercice de leurs fonctions, pour contribuer personnellement au climat de sécurité et de calme indispensable au sein des établissements. Par son comportement, chaque membre du personnel participe à la lutte contre le bruit dans les services de soins.

#### 4.1.15.2. Respect du libre choix de l'usager et de son entourage

Les familles doivent être accueillies et informées avec tact et ménagement, en toute circonstance.

Le libre choix de l'usager et de son entourage doit être rigoureusement respecté lorsqu'ils désirent faire appel à des entreprises privées de transport sanitaire ou à des opérateurs funéraires.

### 4.1.16. Secret professionnel

L'ensemble du personnel hospitalier est tenu au secret professionnel.

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

Toutefois, les informations à caractère médical, dans la mesure où elles sont utiles à la continuité des soins et déterminent la meilleure prise en charge possible, sont réputées avoir été confiées par la personne hospitalisée à l'ensemble de l'équipe de soins qui la prend en charge. Ces mêmes informations pourront également être confiées à d'autres professionnels de santé ne faisant pas partie de l'équipe de soins qui prend en charge la personne, dans la mesure où celle-ci en aura été avertie et ne s'y sera pas opposée.

En l'absence d'opposition de la part de l'usager, les indications d'ordre médical relatives au diagnostic et à l'évolution de la maladie sont données par les médecins dans les conditions fixées par le Code de déontologie médicale. Les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être donnés par les personnels soignants.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant un usager décédé soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par l'usager avant son décès.

Le secret professionnel ne s'applique pas dans les cas de révélation obligatoire prévus par les lois et règlements :

- la déclaration de naissance
- le certificat de décès
- la déclaration de certaines maladies contagieuses figurant sur une liste arrêtée par décret
- la déclaration des maladies sexuellement transmissibles
- le certificat d'accident du travail
- le certificat de maladie professionnelle
- le certificat attestant d'une maladie mentale dont la nature et la gravité imposent une hospitalisation
- la déclaration visant au placement d'un majeur sous sauvegarde de justice
- le certificat de santé rédigé au titre de la surveillance sanitaire des enfants en bas âge
- la déclaration de l'interruption d'une cure de désintoxication, pour les patients toxicomanes traités dans le cadre d'une injonction thérapeutique.

En outre, les sanctions relatives au non-respect du secret professionnel ne sont pas applicables :

- Aux personnels qui sont témoins de situations de maltraitance dans le cadre de l'obligation de signalement auprès du Procureur de la République ;
- À celui qui informe les autorités judiciaires de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles, infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;
- Au médecin qui porte à la connaissance du Procureur de la République, avec l'accord de la victime, les sévices qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques ont été commises. Lorsque la victime est mineure, son accord n'est pas nécessaire. En cas de non-révélation d'actes de cette nature dont il a eu connaissance, le médecin prend toute mesure pour en limiter les effets et en empêcher le renouvellement.
- Au professionnel de la santé ou de l'action sociale qui informe le Préfet du caractère dangereux pour elles-mêmes et pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou ont manifesté l'intention d'en acquérir une.

Les fonctionnaires en exercice à l'hôpital et les chefs de service en leur qualité d'autorité constituée sont tenus par les dispositions de l'article 40 du Code de procédure pénale et doivent porter à la connaissance des autorités judiciaires les crimes et délits dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions.

Ils en tiennent informés le Directeur de l'établissement ou son représentant.

#### 4.1.17. Témoignage en justice ou auprès de la Police

Tout agent de l'établissement, lorsqu'il est appelé à témoigner en justice ou auprès des autorités de Police sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service, doit prévenir son supérieur hiérarchique et le Directeur de l'établissement. A l'issue de son audition de justice ou auprès des autorités de Police, il les informe des suites données.

En outre, le CHI assure en cas de menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages, la protection des agents qui en sont victimes à l'occasion ou en raison de leurs fonctions.

#### 4.1.18. Obligation de discrétion professionnelle

Les professionnels de santé doivent faire preuve de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les fonctionnaires ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent.

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

#### 4.1.19. Préservation de l'indépendance des agents

Aucun membre du personnel de l'établissement ne peut avoir des intérêts de nature à compromettre son indépendance dans une entreprise en relation avec son service ou avec l'établissement.

Il est interdit au personnel de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces, lorsque ceux-ci sont obtenus auprès d'entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de Sécurité Sociale.

#### 4.1.20. Obligation de réserve et principe de neutralité

Tout agent doit observer, dans l'expression de ses sentiments et de ses pensées, une réserve compatible avec l'exercice de ses fonctions. Il s'abstient notamment de tout propos, discussion ou comportement excessif ou déplacé, susceptible d'importuner ou de choquer les usagers, les visiteurs et les autres agents de l'hôpital.

Il est tenu, dans l'exercice de son service, au devoir de stricte neutralité qui s'impose à tout agent collaborant au service public.

Le principe de laïcité de l'Etat et celui de neutralité des services publics impliquent que le port par les agents de signes d'appartenance religieuse, politique ou idéologique, quelle qu'en soit la nature, n'est pas autorisé au sein de l'établissement, dès lors qu'il peut constituer un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande.

Le non-respect de ce principe constitue un manquement à ses obligations et serait passible de sanction (circulaire DHOS/G N° 2005-57 du 02 Février 2005).

#### 4.1.21. Interdiction des réunions publiques au CHI

Les réunions publiques sont interdites sein de l'établissement, sauf autorisation expresse du Directeur ou de son représentant.

#### 4.1.22. Utilisation du système d'information

Chaque agent, dans ses situations de travail, doit se conformer à la politique de sécurité du système d'information rendue opposable par son intégration au règlement intérieur. Voir chapitre 6.

Le virage du numérique en santé a pour objectif le partage fluide et sécurisé des données de santé avec la création de l'Espace National de Santé (ENS) pour chaque citoyen.

Le partage sécurisé de données de santé entre professionnels de santé, et avec l'utilisateur, rend nécessaire la création d'une boîte sécurisée personnelle via la messagerie PULSY, pour chaque personnel médical.

Un email nominatif sécurisé MSSANTE est affecté à personnel médical et à la structure suivante : **nom.prenom@chi-hmv.mssante.fr**.

Cette boîte aux lettres MSSANTE n'est accessible que via une double authentification avec un code reçu sur le téléphone portable personnel du médecin. Pour cette raison le téléphone portable sera demandé pour la création de cet email sécurisé, nécessaire à tout échange de données de santé.

## 4.2. DIVERS

### 4.2.1. Accès interdit aux démarcheurs, agents d'affaires

Les particuliers qui souhaitent effectuer des ventes dans les locaux réservés au personnel, sur les parkings ou à tout autre endroit doivent auparavant en demander l'autorisation à la direction.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas accès auprès des malades, sauf accord de ceux-ci et autorisation écrite donnée par l'administration.

Ceux qui pénètrent sans autorisation du Directeur dans les services et chambres dans l'intention d'y exercer leur activité doivent être immédiatement exclus par :

- le cadre du service
- à défaut, la direction générale (Directeur de garde)
- sinon recours à la force publique.

### 4.2.2. Effets et biens personnels - Responsabilité

Chaque membre du personnel (médical ou non) est responsable de ses effets et biens personnels.

Les incidents pouvant être pris en charge par notre compagnie d'assurances figurent aux contrats d'assurance de l'établissement. Pour tout litige, contacter la Direction des Affaires Logistiques, Economiques, Juridiques, de la Qualité/Gestion des risques.

### 4.2.3. Vestiaires

Les vestiaires du personnel sont légalement considérés comme la propriété privée de l'occupant.

En dehors des opérations périodiques de nettoyage dont les personnels concernés doivent être prévenus à l'avance, la Direction peut procéder au contrôle de l'état et du contenu des vestiaires et armoires individuelles, mis à disposition, lorsque ce contrôle est justifié par les nécessités de l'hygiène et de la sécurité de l'établissement (disparition répétée d'objets ou de matériels, risque de présence de produits insalubres, dangereux ou interdits...).

L'agent sera préalablement informé de l'ouverture du vestiaire et des motifs de celle-ci, dans un délai raisonnable lui permettant de se rendre disponible, et ce, par le biais de notes de service, d'affichage sur casier ou de courrier.

L'ouverture s'effectuera en présence du salarié et de témoins ou représentants du personnel.

En cas d'empêchement exceptionnel du salarié prévenu de l'ouverture, celle-ci aura lieu en présence de témoins ou de représentants du personnel.



#### 4.2.4. Respect des règles d'hygiène et de sécurité

Le CHI définit annuellement une politique de prévention des risques et veille au respect des dispositions du Code du travail relatives à l'hygiène et à la sécurité. Chaque année, il réactualise l'inventaire des risques professionnels prévu par le Code du travail.

Les agents de l'établissement observent strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service. A cet effet, ils doivent notamment porter en présence des usagers les tenues fournies par le Centre Hospitalier et respecter l'interdiction de fumer.

Ils ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer l'hygiène et la sécurité générale de l'établissement et de ses usagers. Ils sont ainsi tenus de suivre les formations de protection contre le risque incendie. Ils se soumettent également aux mesures de surveillance de leur état de santé et de prévention des risques professionnels qui sont organisées sur les lieux de travail en fonction de leurs emplois : visite médicale périodique ; examens spéciaux pour les professionnels affectés dans des secteurs à risque particulier ; mesures spécifiques à certains postes de travail.

## CHAPITRE 5

# REGLES DE SECURITE, DE STATIONNEMENT ET DE CIRCULATION

---

## 5.1. NATURE ET OPPOSABILITE DES REGLES DE SECURITE

### 5.1.1. Nature des règles de sécurité

Les règles de sécurité générale qui visent à assurer le calme et la tranquillité des usagers ainsi que la protection des personnes et des biens contre les risques d'origine intentionnelle doivent être en permanence proportionnées aux besoins de l'établissement, en fonction des circonstances locales.

En tant que responsable de la conduite générale de l'établissement, le Directeur les édicte par voie de recommandations générales ou de consignes particulières prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service, dans le respect des lois, des règlements et des principes généraux du droit.

Le Directeur de l'établissement veille, en tant que responsable du bon fonctionnement de l'hôpital, au respect des règles de sécurité et coordonne leur mise en œuvre.

### 5.1.2. Opposabilité des règles de sécurité

Les règles de sécurité ont pour but de limiter les risques accidentels ou intentionnels susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que l'hôpital assure à ses usagers. Elles visent également à protéger les personnes et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement.

Elles sont opposables à toute personne se trouvant sur le site hospitalier à quelque titre que ce soit.

## 5.2. ACCES AUX ETABLISSEMENTS

Certains parkings des sites du CHI HMV ainsi que des entrées des bâtiments sont placés sous vidéoprotection.

Conformément au décret n° 96-926 du 17 octobre 1996 relatif à la vidéoprotection, les enregistrements sont conservés pendant dix jours avec un délai autorisé de 30 jours

### 5.2.1. Accès aux enceintes des sites

L'accès aux enceintes des hôpitaux du CHI est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs, au personnel et à ceux qui y sont appelés en raison de leurs fonctions.

Pour des raisons de sécurité, le Directeur peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux. Ainsi, l'accès au sous-sol des bâtiments et à certains locaux recevant des équipements techniques sont interdits à toute personne non habilitée.

Sauf besoin de service ou autorisations spéciales du présent règlement, il est interdit d'introduire à l'hôpital alcool, armes, explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi.

Les animaux domestiques ne peuvent être introduits dans l'enceinte de l'établissement, à l'exception des chiens-guides d'aveugles. Par dérogation, il existe également la possibilité d'accueillir des animaux en EHPAD dans le cadre d'activités de médiation.

La propreté des lieux doit être respectée. Les usagers, leurs accompagnants et le personnel doivent également respecter les plantations et espaces verts.

### 5.2.2. Accès à l'hélistation de l'hôpital de Saint-Dié

Lors de l'annonce de l'arrivée d'un hélicoptère, deux agents SSIAP assurent la sécurité des lieux selon le protocole établi. Ils sont présents à la pose jusqu'à l'envol de l'hélicoptère dans des conditions réglementaires.

### 5.2.3. Accès aux bâtiments

Pour accéder aux étages, il est interdit d'utiliser les escaliers de secours extérieurs. Il est également interdit d'y déposer des déchets ou tout objet susceptible de les encombrer.

## 5.3. CALME ET TRANQUILLITE

Tout accompagnant ou visiteur qui, en ne respectant pas les dispositions du présent règlement intérieur, crée un trouble au sein de l'établissement, est invité à mettre un terme à ce trouble. S'il persiste, il peut lui être enjoint de quitter l'établissement et, si nécessaire, il peut être accompagné à la sortie par la force publique.

## 5.4. REGLES DE RESPONSABILITE ET PROTECTION DES AGENTS

La mise en œuvre par l'établissement de mesures de protection et de surveillance pour éviter que n'y surviennent des événements préjudiciables à son bon fonctionnement ne modifie pas les règles normales de la responsabilité hospitalière.

Les faits de délinquance perpétrés dans l'enceinte des hôpitaux engagent la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non.

En vertu de l'article 11 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, le CHI assure en cas de menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages, la protection des agents qui en sont victimes à l'occasion de leurs fonctions.

Les victimes des dommages de toute nature peuvent déposer plainte en leur nom personnel. Le Directeur de l'établissement dépose plainte pour les dommages subis par le CHI.

Par ailleurs, une fiche signalétique est transmise à l'Agence Régionale de Santé puis au Ministère de la Santé pour les informer des faits de violence qui se sont produits dans l'établissement.

## 5.5. RAPPORT AVEC LES AUTORITES DE POLICE

Le Directeur informe les autorités de Police des crimes et délits qui sont portés à sa connaissance dans l'exercice de ses fonctions ainsi que des cas de mort violente ou suspecte dans l'enceinte de l'établissement. D'une manière générale, il s'assure dans ces circonstances que les indices utiles à la manifestation de la vérité soient préservés.

Le Directeur ou son représentant peut demander expressément aux services de soins d'informer les autorités de Police territorialement compétentes de la disparition d'un usager dès lors que celle-ci présente un danger pour lui-même ou pour autrui.

Seul le Directeur ou son représentant a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de Police. Il lui revient de décider s'il y a lieu de demander au sein de l'hôpital une intervention de police, l'autorité de Police appréciant si cette intervention est possible et nécessaire.

En cas d'enquête de police judiciaire, le Directeur doit être systématiquement informé, par tout agent de l'établissement, des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient.

Le CHI HMV a signé pour le site de l'hôpital Saint-Charles une convention permettant de disposer en cas de besoin de l'assistance de la police nationale et de la police municipale.

## 5.6. CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

En cas de circonstances exceptionnelles, le Directeur prend toutes les mesures justifiées par la nature des événements et proportionnées à la gravité de la situation.

Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est informé pour les matières relevant de sa compétence.

Le Directeur peut ainsi faire procéder, avec l'accord et en présence des intéressés, à l'ouverture des armoires et vestiaires individuels, des véhicules ou à des interventions dans les chambres d'hospitalisation. Il peut dans les mêmes conditions, en particulier lors de la mise en œuvre par les pouvoirs publics de plan de sécurisation Vigipirate, faire interdire l'accès de l'hôpital à toute personne qui refuserait de se prêter aux mesures générales éventuelles qu'il a décidées, comme l'ouverture des sacs, paquets ou des véhicules ou encore la justification du motif de son accès sur le site de l'hôpital.

En cas de péril grave et imminent pour l'hôpital, pour son personnel ou pour un ou plusieurs usagers, le Directeur peut en outre, et même à défaut de consentement des intéressés, faire procéder en urgence à l'inspection de certains locaux et à l'examen de certains mobiliers ou véhicules. Il peut ainsi décider de l'installation d'un périmètre de sécurité ou d'évacuation.

En situation de catastrophe ou lors du déclenchement du plan d'urgence, le Directeur prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission de service public de l'hôpital, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

## 5.7. SECURITE DU FONCTIONNEMENT

### 5.7.1. Sécurité incendie

#### 5.7.1.1. *Registre de sécurité incendie*

Les sites sont assujettis aux règles de sécurité incendie applicables à tous les établissements recevant du public. Ils sont classés type U ou type J selon les cas.

A ce titre, il tient un registre de sécurité incendie sur lequel sont reportés le procès-verbal de la Commission de Sécurité et d'Accessibilité, établi en vue d'autoriser l'ouverture au public, ainsi que les dates des contrôles réglementaires et l'identité des personnes les ayant effectués.

Des visites de conformité sont effectuées en fonction des catégories, par la Commission de Sécurité et d'Accessibilité. A cette occasion, elle prend connaissance des rapports relatifs à la sécurité incendie comme l'état des maintenances des moyens de secours réglementaires et le suivi des maintenances des installations technique (rapports relatifs aux appareils élévateurs, aux installations électriques, à l'alimentation et le réseau gaz...) réalisées par des organismes agréés.

#### 5.7.1.2. *Formation des agents au risque incendie*

Tout le personnel de l'établissement doit être mis en garde contre les dangers que présente un incendie dans un hôpital et par extension à l'ensemble des bâtiments du CHI selon le règlement de sécurité incendie des établissements recevant du public.

Il doit être formé à l'exécution de consignes très précises en vue de limiter l'action du feu et d'assurer le transfert horizontal ou l'évacuation. Tout le personnel doit être entraîné à la manœuvre des moyens d'extinction.

Tous les personnels doivent suivre obligatoirement et périodiquement les « formations incendie » organisées par l'établissement.

## 5.8. CIRCULATION ET STATIONNEMENT DES VEHICULES

### 5.8.1. Circulation

Les voies de desserte établies dans les enceintes des hôpitaux du CHI ouvertes à la circulation du public et accessibles à tous les usagers, relèvent du domaine public de l'établissement.

L'ensemble des voies de circulation est classé en « zone 30 ». La vitesse y est donc limitée à 30 km/h mais peut être réduite en zone 10 km/h ou en zone « roulez au pas ».

Les dispositions du Code de la route, matérialisées par une signalisation adéquate, y sont applicables, particulièrement ses articles L.325-12 et R.325-47 à 52 relatifs à l'enlèvement des véhicules à la demande des autorités de Police.

Les conducteurs doivent veiller à réduire au maximum les nuisances sonores.

Les autorités de Police sont chargées de faire respecter le Code de la route sur les sites hospitaliers.

### 5.8.2. Stationnement

Les véhicules doivent stationner sur les emplacements matérialisés au sol. Des zones sont matérialisées et réservées par le Directeur à certaines catégories de personnel ainsi qu'aux personnes handicapées ou à mobilité réduite.

L'accessibilité en véhicule de tout usager aux sites hospitaliers en situation d'urgence, pour déposer ou prendre en charge un usager, n'ouvre en aucune manière droit à stationnement.

### 5.8.3. Responsabilité

L'autorisation de circuler et de stationner est une simple tolérance de l'établissement.

Elle ne saurait en rien engager la responsabilité du CHI notamment en cas d'accident de la circulation, de vol de véhicules ou de dégradations.

#### 5.8.4. Verbalisation

La Direction se réserve le droit de faire appel aux forces de police, à la fourrière, pour faire déplacer les véhicules dont le stationnement entraverait gravement la circulation, celle des Personnes à Mobilité Réduite, mettrait en péril la sécurité des personnes ou des biens et de manière générale, compromettrait le fonctionnement du service public hospitalier. Il en est de même pour tout véhicule abandonné ou à l'état d'épave, après en avoir avisé le propriétaire par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Le non-respect par un agent des prescriptions citées ci-dessus est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires.

## CHAPITRE 6

### POLITIQUE DE SECURITE DU SYSTEME D'INFORMATION

---

Le Système d'Information remplit des fonctions indispensables à la prise en charge des patients comme à la gestion quotidienne de l'établissement. Sa disponibilité doit être assurée à tout moment et en toutes circonstances.

Certaines informations qu'il traite sont particulièrement sensibles, comme les données de santé des patients pris en charge. Le Système d'Information doit garantir que ces informations restent authentiques et confidentielles. Son ouverture vers l'extérieur doit se faire dans un cadre sécurisé et maîtrisé.

Ces mêmes données sont exposées à des menaces et des risques réels, notamment de vol et de négligence, pouvant engager la responsabilité de tous.

En regard de ces risques, l'établissement a la responsabilité vis-à-vis des patients et vis-à-vis de l'État de garantir un niveau de sécurité suffisant pour protéger les données qui lui sont confiées.

Pour relever ce défi, une démarche est lancée pour identifier les lacunes, élaborer et mettre en œuvre un plan d'action visant à permettre de maîtriser les risques.

La **Politique de Sécurité des Systèmes d'Information (PSSI)** constitue le cadre unique de référence du GHT Vosges pour toutes les questions de sécurité des Systèmes d'Information.

Chacun doit veiller personnellement à sa bonne mise en application, et faire preuve de vigilance dans son usage des moyens de traitement des informations. Chaque responsable de service doit communiquer cette politique et s'assurer que les règles sont respectées au sein de son service.

Les différents outils technologiques utilisés offrent au personnel des hôpitaux du GHT Vosges une grande ouverture vers l'extérieur. Cette ouverture peut apporter des améliorations de performances importantes si l'utilisation de ces outils technologiques est faite à bon escient et selon certaines règles.

A l'inverse, une mauvaise utilisation de ces outils peut avoir des conséquences extrêmement graves. En effet, ils augmentent les risques d'atteintes à la confidentialité, à l'intégrité et à la sécurité des fichiers de données personnelles (virus, intrusions sur le réseau interne, vols de données), et de mise en jeu de la responsabilité.

De plus, mal utilisés, les outils informatiques peuvent aussi être une source de perte de productivité et de coûts additionnels.

L'application des nouvelles technologies d'information et de communication doit ainsi être compatible avec les impératifs de préservation du système d'information, de bon fonctionnement des services et les droits et libertés de chacun.

## 6.1. LA CHARTE INFORMATIQUE

### 6.1.1. Objet du document

La présente Charte a pour objet de décrire les règles d'accès et d'utilisation des ressources, actifs informatiques et des services Internet des hôpitaux du GHT Vosges et rappelle à ses utilisateurs (Agent titulaire, contractuel, intérimaire, stagiaire, étudiant, consultant, ...), les droits et les responsabilités qui leur incombent dans l'utilisation du système d'information.

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

La présente Charte ne vise pas à être exhaustive en termes de droits qui doivent être respectés : elle contient les règles et obligations essentielles que l'utilisateur ne doit pas méconnaître et respecter au profit d'autrui et du groupe hospitalier sans préjudice du respect des autres lois, textes ou usage en vigueur.

En conséquence de quoi cette charte est un document vivant, elle est susceptible d'être modifiée en fonction de l'évolution de la jurisprudence, de la législation, de la technologie et du système d'information de l'établissement.

La présente charte constitue une annexe au Règlement intérieur de tous les établissements composant le GHT Vosges et à ce titre sera transmise pour validation à leurs différentes instances (Conseil de surveillance, Commission Médicale d'Etablissement, Comité Technique d'Etablissement, Comité d'Hygiène, de Sécurité, et des Conditions de Travail). Les membres du personnel et les personnels extérieurs sont invités à en prendre connaissance. La Charte est mise à leur disposition sur l'Intranet de chaque établissement sous le n° d'enregistrement qualité et gestion des risques no MEA-PRO-005.0002.00.

### 6.1.2. Champ d'application

La présente Charte concerne les ressources et actifs informatiques, les services internet et téléphoniques des hôpitaux du GHT Vosges, ainsi que tout autre moyen de connexion à distance permettant d'accéder, via le réseau informatique, aux services de communication ou de traitement électronique interne ou externe.

Il s'agit principalement des ressources et des actifs :

- ✓ Ordinateurs de bureau, ordinateurs portables.
- ✓ Serveurs.
- ✓ Infrastructures.
- ✓ Imprimantes.
- ✓ Tablettes.
- ✓ Smartphones.
- ✓ Visio-conférences.
- ✓ Terminaux portables.
- ✓ Téléphone IP.
- ✓ Et plus généralement, tout objet connecté, ...
- ✓ Toute application utilisée, qu'elle soit installée sur l'infrastructure de l'hôpital ou hébergée à l'extérieur.
- ✓ Tout document papier avec des données personnelles médicales ou non.



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

Dans la présente Charte, sont désignés sous les termes suivants :

- Ressources et actifs informatiques : les moyens informatiques, ainsi que ceux auxquels il est possible d'accéder à distance, directement ou en cascade à partir du réseau administré par l'entité.
- Outils de communication : la mise à disposition par des serveurs locaux ou distants de moyens d'échanges et d'informations diverses (web, messagerie, forum, ...).
- Utilisateurs : les personnes ayant accès ou utilisant les ressources informatiques et les services internet de l'établissement.

### 6.1.3. Cadre réglementaire.

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

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

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

### 6.1.4. Critères fondamentaux de la sécurité

#### 6.1.4.1. Principes

L'établissement de santé héberge des données et des informations médicales et administratives sur les usagers (dossier médical, dossier de soins, dossier images et autres dossiers médico-techniques, ...), et sur les personnels (paie, gestion du temps, évaluations, accès à Internet et à la messagerie, ...).

L'information se présente sous de multiples formes : stockée sous forme numérique sur des supports informatiques, imprimée ou écrite sur papier, imprimée sur des films (images), transmise par des réseaux informatiques privés ou internet, par la poste, oralement et / ou par téléphone, ...

La sécurité de l'information est caractérisée comme étant la préservation de :

- **Sa disponibilité** : l'information doit être accessible à l'utilisateur, quand celui-ci en a besoin.
- **Son intégrité** : l'information doit être exacte, exhaustive et conservée intacte pendant sa durée de vie.

- **Sa confidentialité** : l'information ne doit être accessible qu'aux personnes autorisées est à y accéder.
- **Sa traçabilité** : les systèmes doivent comporter des moyens de preuve sur les accès et opérations effectuées sur l'information.

#### 6.1.4.2. *Une mission sécurité*

La Direction des Systèmes d'Information de chaque établissement du GHT fournit un système d'information qui s'appuie sur une infrastructure informatique. Elle doit assurer la mise en sécurité de l'ensemble c'est-à-dire protéger ces ressources contre des pannes, des erreurs ou des malveillances. Elle doit aussi protéger les intérêts économiques de l'établissement en s'assurant que ces moyens sont bien au service de la production de soins. Elle doit donc définir et empêcher les abus.

#### 6.1.4.3. *Un enjeu technique et organisationnel*

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

Pour cela, la Direction des Systèmes d'Information de chaque établissement du GHT déploie un ensemble de dispositifs techniques mais aussi organisationnels. En effet, au-delà des outils, la bonne utilisation des moyens informatiques est essentielle pour garantir un bon niveau de sécurité. La sécurité peut être assimilée à une chaîne dont la solidité dépend du maillon le plus faible. Certains comportements humains, par ignorance des risques, peuvent fragiliser le système d'information.

L'utilisateur est informé des risques et des limites inhérentes à l'utilisation du système d'information par le biais d'actions de formation ou de campagnes de sensibilisation.

#### 6.1.4.4. *Gestion des risques.*

L'information médicale, qu'elle soit numérique ou non, est un composant sensible qui intervient dans tous les processus de prise en charge des usagers. Une information manquante, altérée ou indisponible peut constituer une perte de chance pour l'utilisateur (exemples : erreur dans l'identification d'un usager (homonymie par exemple), perte de données suite à une erreur d'utilisation d'une application informatique, ...).

La sécurité repose sur une gestion des risques avec des analyses des risques potentiels, des suivis d'incidents, des dispositifs d'alertes. La communication vers les utilisateurs est un volet important de cette gestion. La présente Charte d'accès et d'usage du système d'information s'inscrit dans ce plan de communication.

#### 6.1.5. Règles de sécurité

L'accès au système d'information de l'établissement est soumis à autorisation. Une demande préalable est ainsi requise pour l'attribution d'un accès aux ressources informatiques. La demande exprimée par l'encadrement, précise les accès nécessaires de son collaborateur et la transmet par écrit, par mail ou par ticket à la Direction des Systèmes d'Information de chaque établissement. Le service informatique attribue alors au demandeur son droit d'accès et lui communique l'existence de la présente Charte d'accès et d'usage du système d'information.

Ce droit d'accès est strictement personnel et concédé à l'utilisateur pour des activités exclusivement professionnelles. Il ne peut être cédé, même temporairement à un tiers. Tout droit prend fin lors de la cession, même provisoire (arrêt maladie longue durée, congés parental, disponibilité, etc...),

de l'activité professionnelle de l'utilisateur, ou en cas de non-respect des dispositions de la présente Charte par l'utilisateur.

L'obtention d'un droit d'accès au système d'information de l'établissement de santé entraîne pour l'utilisateur les droits et les responsabilités précisées dans les paragraphes ci-dessous.

#### *6.1.5.1. Confidentialité de l'information et obligation de discrétion*

Les personnels de l'établissement sont soumis au secret professionnel et/ou médical. Cette obligation revêt une importance toute particulière lorsqu'il s'agit de données de santé. Les personnels se doivent de faire preuve d'une discrétion absolue dans l'exercice de leur mission. Un comportement exemplaire est exigé dans toute communication, orale ou écrite, téléphonique ou électronique, que ce soit lors d'échanges professionnels ou au cours de discussions relevant de la sphère privée.

L'accès par les utilisateurs aux informations et documents conservés sur les systèmes informatiques doit être limité à ceux qui leur sont propres, ainsi que ceux publics ou partagés. Il est ainsi interdit de prendre connaissance d'informations détenues par d'autres utilisateurs, même si ceux-ci ne le sont pas explicitement protégées. Cette règle s'applique en particulier aux données couvertes par le secret professionnel, ainsi qu'aux conversations privées de type courrier électroniques dont l'utilisateur n'est ni directement destinataire, ni en copie.

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

#### *6.1.5.2. Protection de l'information*

Les postes de travail permettent l'accès aux applications du système d'information. Ils permettent également d'élaborer des documents bureautiques. Il est important de ne stocker aucune donnée ni aucun document sur ces postes (disques durs locaux). Les bases de données associées aux applications sont implantées sur des serveurs centraux installés dans des salles protégées. De même, les documents bureautiques produits doivent être stockés sur des serveurs de fichiers. Ces espaces sont à usage professionnel uniquement. Le stockage de données privées sur des disques réseau est interdit.

Le cas échéant, ceux qui utilisent un matériel portable (exemples : portable, tablette, smartphone, ...) ne doivent pas le mettre en évidence pendant un déplacement, ni exposer son contenu à la vue de quelqu'un extérieure au CH, le matériel doit être rangé en lieu sûr. De même, il faut ranger systématiquement en lieu sûr tout support mobile de données (exemples : CD, clé USB, disque dur, ...). Aucune donnée de santé à caractère personnel des usagers ne doit être stockée sur des postes ou périphériques personnels.

Il faut également mettre sous clé tout dossier ou document confidentiel lorsqu'on quitte son espace de travail. Les médias de stockage amovibles (exemples : clefs USB, CD-ROM, disques durs ...) présentent des risques très forts vis-à-vis de la sécurité : risques importants de contamination par des programmes malveillants (virus) ou risques de perte de données. Leur usage doit être fait avec une très grande vigilance et uniquement après validation de la Direction des Systèmes d'Information de l'établissement.

L'établissement se réserve le droit de limiter voire d'empêcher l'utilisation de ces médias en bloquant les ports de connexion des outils informatiques.

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

### 6.1.5.3. *Usage des ressources / actifs informatiques.*

Toute nouvelle solution (Hébergée sur l'infrastructure du CH ou à l'extérieur), toute installation de matériel connecté doit être validée par la Direction des Systèmes d'Information de l'établissement et par le Responsable Sécurité des Systèmes d'Information (Cadre réglementaire & RGPD).

Après validation, seules des personnes habilitées de l'établissement de santé (ou par son intermédiaire la société avec laquelle un contrat a été validé) ont le droit d'installer de nouveaux logiciels, de connecter de nouveaux PC au réseau de l'établissement et plus globalement d'installer de nouveaux matériels informatiques.

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

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

### 6.1.5.4. *Usage des outils de communication.*

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

#### ➤ **Usage du téléphone et du fax**

Le téléphone et le fax sont des moyens potentiels d'échanges de données qui présentent des risques puisque l'identité de l'interlocuteur qui répond au téléphone ou de celui qui réceptionne un fax n'est pas garantie. Aucun nouveau déploiement d'un processus utilisant le fax ne doit être effectué sans la validation écrite de la Direction des Systèmes d'Information de l'établissement.

Il ne faut ainsi communiquer aucune information sensible par téléphone, notamment des informations nominatives, médicales ou non, ainsi que des informations ayant trait au fonctionnement interne de l'établissement.

Exceptionnellement, une communication d'information médicale peut être faite après avoir vérifié l'identité de l'interlocuteur téléphonique. Si un doute subsiste, le numéro de téléphone de l'interlocuteur indiqué doit être vérifié, le cas échéant, dans les annuaires des usagers ou professionnels.

La communication d'informations médicales (exemples : résultats d'examens, ...) aux usagers et aux professionnels extérieurs est strictement réglementée. Les utilisateurs concernés doivent se conformer à la réglementation et aux procédures de l'établissement en vigueur.

#### ➤ **Usage d'Internet**

L'accès à l'Internet a pour objectif d'aider les personnels à trouver des informations nécessaires à leur mission usuelle, ou dans le cadre de projets spécifiques.

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

Par ailleurs, les données concernant l'utilisateur (exemples : sites consultés, messages échangés, données fournies à travers un formulaire, données collectées à l'insu de l'utilisateur, ...) peuvent être enregistrées

par des tiers, analysées et utilisées à des fins notamment commerciales. Il est donc recommandé à chaque utilisateur de ne pas fournir son adresse électronique professionnelle, ni aucune coordonnée professionnelle sur l'Internet, si ce n'est strictement nécessaire à la conduite de son activité professionnelle.

Il est interdit de se connecter ou de tenter de se connecter à Internet par des moyens autres que ceux fournis par l'établissement. Il est interdit de participer à des forums, blogs et groupes de discussion à des fins non professionnelles, et de se connecter sur des sites à caractère injurieux, violent, raciste, discriminatoire, pornographique, diffamatoire ou manifestement contraire à l'ordre public. Le téléchargement de documents, de logiciels, de vidéos, images animées, banques de sons, non liées à l'activité professionnelle de l'utilisateur est strictement interdit. Les téléchargements de contenu illicite sont interdits (contrefaçon de marque, copie de logiciels commerciaux, films, musiques, etc....).

Tous les accès Internet sont tracés et enregistrés et conservés par un dispositif de filtrage et de traçabilité.

Il est donc possible pour l'établissement de connaître, pour chaque salarié le détail de son activité sur l'Internet.

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

#### ➤ **Usage de la messagerie**

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

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

Un usage privé de la messagerie est toléré s'il reste exceptionnel. Les messages personnels doivent comporter explicitement la mention « privé », « personnel » ou « confidentiel dans l'objet. A défaut, les messages seront réputés relever de la correspondance professionnelle. Les messages marqués « privé » ne doivent pas comporter de signature d'ordre professionnel à l'intérieur du message.

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

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

Afin de ne pas surcharger les serveurs de messagerie, les utilisateurs doivent veiller à éviter l'envoi de pièces jointes volumineuses, notamment lorsque le message comporte plusieurs destinataires. Seules les pièces jointes professionnelles de type « documents » ou « images » sont autorisées. Il est rappelé que le réseau Internet n'est pas un moyen de transport sécurisé. Il ne doit donc pas servir à l'échange d'informations médicales nominatives en clair. En l'absence de dispositif de chiffrement de l'information de bout en bout (ex : Apicrypt, MSSanté), les informations médicales doivent être rendues anonymes et aucune donnée médicale en clair ne doit être échangée.

Il est strictement interdit d'ouvrir ou de lire des messages électroniques d'un autre utilisateur, sauf si ce dernier a donné son autorisation explicite avec information du Délégué à la Protection des Données.

En cas de cessation de fonction (mutation, départ à la retraite, etc...), la boîte aux lettres nominative professionnelle peut être maintenue pendant une durée de 6 mois maximum sur demande expresse du Cadre ou de la Direction. Cette durée peut être réduite à la demande motivée du responsable hiérarchique ou de l'intéressé. Ce délai permet à l'utilisateur d'avertir les correspondants du changement d'interlocuteur et d'assurer la continuité de service notamment par le transfert des messages reçus au titre de sa fonction précédente.

#### *6.1.5.5. Usage des login et mots de passe (ou carte CPS ou équivalent).*

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

Pour utiliser ce compte nominatif, l'utilisateur dispose soit d'un login et d'un mot de passe, soit il utilise une carte CPS ou équivalent (avec un code personnel à 4 chiffres).

Le mot de passe choisi doit être robuste et répondre à deux critères :

- ✓ 1er critère : la taille du mot de passe doit être au minimum de 8 caractères
- ✓ 2ème critère : le mot de passe doit au minimum comporter 3 des 4 catégories de caractères (majuscules, minuscules, chiffres et caractères spéciaux)

Il doit être changé au maximum tous les 180 jours. Le mot de passe est strictement confidentiel. Il ne doit pas être communiqué à qui que ce soit : ni à des collègues, ni à sa hiérarchie, ni au personnel en charge de la sécurité des systèmes d'information, même pour une situation temporaire.

Chaque utilisateur est responsable de son compte et son mot de passe, et de l'usage qui en est fait. Il ne doit ainsi pas mettre à la disposition de tiers non autorisés un accès aux systèmes et aux réseaux de l'établissement dont il a l'usage. La plupart des systèmes informatiques et des applications de l'établissement assurent une traçabilité complète des accès et des opérations réalisées à partir des comptes sur les applications médicales et médico-techniques, les applications administratives, le réseau, la messagerie, l'Internet, ... Il est ainsi possible pour l'établissement de vérifier a posteriori l'identité de l'utilisateur ayant accédé ou tenté d'accéder à une application au moyen du compte utilisé pour cet accès ou cette tentative d'accès.

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

Il est interdit de contourner ou de tenter de contourner les restrictions d'accès aux logiciels. Ceux-ci doivent être utilisés conformément aux principes d'utilisation communiqués lors de formations ou dans les manuels et procédures remis aux utilisateurs. Aucun mot de passe ne doit être stocké dans la messagerie, un fichier (texte, Word, Excel ou autres). La Direction des Systèmes d'Information de chaque établissement propose des solutions sécurisées de stockage des mots de passe (Ex KeePass).

L'utilisateur s'engage enfin à signaler toutes tentatives de violation de son compte personnel.

Pour le personnel ayant des comptes administrateurs (Exemple Informatique, ...), le guide d'hygiène informatique est à appliquer et les sessions verrouillées systématiquement pour garantir la sécurité des systèmes d'information. Ces mesures élémentaires sont la transposition dans le monde numérique des règles élémentaires de sécurité sanitaire et d'hygiène numérique (Cf paragraphe Bibliographie).

#### 6.1.5.6. *Image de marque de l'établissement.*

Les utilisateurs de moyens informatiques ne doivent pas nuire à l'image de marque de l'établissement en utilisant des moyens, que ce soit en interne ou en externe, à travers des communications d'informations à l'extérieur de l'établissement ou du fait de leurs accès à Internet.

#### 6.1.6. Loi informatique et Règlement Général sur la Protection Données (RGPD).

Un recours croissant à l'usage des technologies de l'information exige que chacun respecte les principes du droit à la protection des données personnelles dans ses deux volets : droits individuels et obligations.

Toute création ou modification de fichier, de base de données comportant des données personnelles ou indirectement personnelles doit, préalablement à sa mise en œuvre, être déclaré auprès du Délégué à la Protection des Données de l'établissement de santé, à défaut le Responsable de la Sécurité du Système d'Information, qui étudie alors la pertinence des données recueillies, la finalité du fichier, les durées de conservation prévues, les destinataires des données, le moyen d'information des personnes fichées et les mesures de sécurité à déployer pour protéger les données.

Le Délégué à la Protection des Données procède ensuite aux opérations de déclaration, d'information réglementaire et d'analyse d'impact relative à la protection des données telles que prévues par le RGPD.

Il est rappelé que l'absence de déclaration de fichiers comportant des données à caractère Personnelles est passible de lourdes sanctions financières.

En cas de non-respect des obligations relatives à la loi Informatique et Libertés et au Règlement Général sur la Protection des Données, le Délégué à la Protection des Données serait informé et pourrait prendre toute mesure temporaire de nature à mettre fin au traitement illégal ainsi qu'informer le responsable hiérarchique de l'utilisateur à l'origine du traitement illégal.

#### **Pour joindre le Délégué à la Protection des Données :**

- ✓ Par courriel : [DPO@CH-ED.FR](mailto:DPO@CH-ED.FR)
- ✓ Par courrier postal :  
« Centre Hospitalier Emile Durkheim,  
à l'attention du Délégué à la Protection des données  
3, avenue R. Schuman  
88021 EPINAL CEDEX »

En tant que personnel de l'établissement de santé (Tous statuts confondus), vous disposez d'un droit d'accès à vos données personnelles, d'un droit de rectification et de suppression.

## 6.1.7. Surveillance du système d'information

### 6.1.7.1. *Contrôle*

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

L'utilisateur est informé que :

- Pour effectuer la maintenance corrective, curative ou évolutive, l'institution se réserve la possibilité de réaliser des interventions (le cas échéant à distance) sur les ressources mises à sa disposition.
- Une maintenance à distance est précédée d'une information de l'utilisateur.

### 6.1.7.2. *Traçabilité*

La Direction des Systèmes d'Information de chaque établissement assure une traçabilité sur l'ensemble des accès aux applications et aux ressources informatiques qu'elle met à disposition pour des raisons d'exigence réglementaire de traçabilité, de prévention contre les attaques et de contrôle du bon usage des applications et des ressources.

Par conséquent, les applications de l'établissement, ainsi que les réseaux, messagerie et accès Internet intègrent des dispositifs de traçabilité permettant d'enregistrer :

- ✓ L'identifiant de l'utilisateur ayant déclenché l'opération.
- ✓ L'heure de la connexion et de la déconnexion.
- ✓ Le système auquel il est accédé.
- ✓ Le type d'opération réalisé.
- ✓ Les informations ajoutées, modifiées ou supprimées des bases de données en réseau et/ ou des applications de l'hôpital.
- ✓ L'historique de navigation internet.

Avant la mise en place d'un quelconque système de traçabilité, l'institution a procédé, auprès du Délégué à la Protection des Données à une déclaration qui mentionnera notamment la durée de conservation des traces, la durée de connexion, des conditions permettant de s'assurer de leur sécurité et des conditions du droit d'accès dont disposent les utilisateurs, en application de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement (UE) 2016/679.

Le personnel de la Direction des Systèmes d'Information de chaque établissement respecte la confidentialité des données et des traces auxquelles ils sont amenés à accéder dans l'exercice de leur fonction, mais peuvent être amenés à les utiliser pour mettre en évidence certaines infractions commises par les utilisateurs.

*L'article 40 alinéa 2 du code de procédure pénale* impose à tout fonctionnaire ou agent public d'informer sans délai le procureur de la République de tout crime ou délit dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

### 6.1.7.3. *Cas du dossier patient informatisé.*

Tous les Centres Hospitaliers sont dotés d'un système d'information hospitalier et d'un dossier patient informatisé permettant de gérer les données médicales de chaque usager. Ce dossier médical informatisé contient une partie des informations présentes dans le dossier médical papier (diagnostics, actes, prescriptions, compte-rendu d'hospitalisation, ...). Un tel dossier stocké sur informatique présente comme avantages d'être accessible immédiatement et en permanence, de favoriser le partage de l'information



et la communication entre les différentes équipes médicales et soignantes. Il contribue à une meilleure prise en charge.

**Le dossier patient informatisé est confidentiel au même titre que le dossier papier.**

Son accès est limité aux médecins et aux professionnels de santé qui **prennent en charge l'utilisateur**, au médecin médiateur et à l'équipe de la Direction des Systèmes d'Information de chaque établissement dans le cadre de leur intervention (maintenance & astreinte). Les professionnels de santé sont soumis au respect du secret professionnel ainsi qu'aux règles déontologiques relatives aux différentes pratiques. Le professionnel dispose d'un identifiant personnel et d'un mot de passe, lui permettant de se connecter au logiciel de dossier patient informatisé, afin de pouvoir consulter et mettre à jour le dossier de ses usagers. Lors sa connexion, en fonction du profil de l'utilisateur, ce dernier se verra attribuer des droits d'accès spécifiques.

**Les données d'identification (identifiant, mot de passe) sont strictement personnelles et ne doivent en aucun cas être communiquées. Le mot de passe, devra être changé régulièrement.**

Pour garantir une sécurité maximale, tous les accès aux données médicales sont mémorisés et peuvent être contrôlés. Toute consultation, modification ou ajout d'information dans un dossier sera tracé et enregistré. À tout moment, sur demande externe notamment d'un usager ou de contrôle interne, tout professionnel doit pouvoir justifier la consultation d'un dossier.

En cas de manquement aux règles, la personne responsable de ce manquement est passible de sanctions pouvant être :

- Un rappel ou un avertissement accompagné ou non d'un retrait partiel ou total, temporaire ou définitif, des moyens informatiques.
- Une sanction disciplinaire pouvant aller jusqu'à la révocation de l'agent et éventuellement des actions civiles ou pénales, selon la gravité du manquement.
- Le licenciement de l'agent contractuel suivi le cas échéant de poursuites judiciaires.

**6.1.7.4. Alerte et remontée des problèmes.**

Tout constat de vol ou de perte de matériel ou de données, d'usurpation d'identité, de détournement de moyen, de réception de messages interdits, de fonctionnement anormal ou de façon plus générale toute suspicion d'atteinte à la sécurité ou manquement substantiel à cette charte doit être signalé au Responsable de la Sécurité du Système d'Information et au Directeur du Système d'Information. En parallèle, une Fiche de Signalement d'Événement Indésirable (FSEI) doit être effectuée.

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

**6.1.8. Responsabilités et sanctions**

Les règles définies dans la présente Charte ont été fixées par les Direction des Systèmes d'Information de chaque établissement du GHT dans le respect des dispositions législatives et réglementaires applicables (CNIL, ANS, ANSSI, ...).

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

- Un rappel ou un avertissement accompagné ou non d'un retrait partiel ou total, temporaire ou définitif, des moyens informatiques.
- Une sanction disciplinaire pouvant aller jusqu'à la révocation de l'agent et éventuellement des actions civiles ou pénales, selon la gravité du manquement.
- Le licenciement de l'agent contractuel suivi le cas échéant de poursuites judiciaires.

Outre ces sanctions, les Directions des Systèmes d'Information de chaque établissement sont tenues de signaler toutes infractions pénales commises par son personnel au procureur de la République.

## 6.1.9. Droit à la déconnexion

### 6.1.9.1. *Surcharge informationnelle*

L'accroissement de l'information sous toutes ses formes peut engendrer une surcharge informationnelle. Il est recommandé à tous les salariés de :

- S'interroger sur la pertinence des destinataires du courriel.
- Limiter les personnes en copie du courriel.
- De ne pas mettre des personnes en copie cachée du courriel.
- De s'interroger sur la pertinence des documents à joindre aux courriels et favoriser au maximum l'utilisation de liens vers les documents et non pas les documents ajoutés directement en pièces jointes.
- D'indiquer un objet précis permettant au destinataire d'identifier immédiatement le contenu et la criticité du courriel.

### 6.1.9.2. *Stress lié à l'utilisation des outils numériques*

L'accessibilité des outils numériques utilisée à mauvaise escient peut générer un stress important. Il est recommandé à tous les agents du GHT de :

- S'interroger sur le moment opportun pour envoyer un courriel/SMS ou appeler un collaborateur sur son téléphone professionnel (pendant les horaires de travail).
- Ne pas solliciter de réponse immédiate si cela n'est pas nécessaire.
- Mettre en place un message d'absence au bureau sur la messagerie électronique et indiquer les coordonnées d'une personne à joindre en cas d'urgence.
- Privilégier les envois différés lors de la rédaction d'un courriel en dehors des horaires de travail.

### 6.1.9.3. *La déconnexion en dehors du temps de travail.*

L'usage de la messagerie électronique ou du téléphone professionnel en dehors des horaires de travail doit être justifié par la gravité, l'urgence et / ou l'importance du sujet en cause.

## 6.1.10. Date d'entrée en vigueur

La présente charte entre en vigueur à compter de sa publication.

### 6.1.11. Dispositions finales

Dans l'hypothèse où des dispositions législatives, réglementaires ou ministérielles viendraient à définir et / ou préciser les conditions d'utilisation des technologies de l'information et de la communication par les personnels, cette charte est amenée à évoluer.

### 6.1.12. Bibliographie

D'une manière générale, une partie du code pénal et de la propriété intellectuelle, dont particulièrement :

- La loi n° 78-17 du 06/01/1978, modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
- Le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), n° 2016/679.
- La loi n° 88-19 du 05/01/1988, modifiée, (loi « Godfrain »), sur la fraude informatique.
- La loi n° 92-597 du 01/07/1992, modifiée, (« code de la propriété intellectuelle »).
- La loi n° 2004-575 du 21/07/2004, modifiée, (loi « LCEN »), pour la confiance dans l'économie numérique.

Et à titre d'information :

- La loi n° 92-685, du 22/07/1992, portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes.
- La loi « relative aux infractions aux règles de cryptologie » du 29/12/1990 modifiée le 26/7/1996.
- La loi n° 94-548 du 1er juillet 1994 (Journal officiel du 2 juillet 1994), relative au traitement de données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé et modifiant la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
- La loi n° 2006-64, 20060123, relative à la lutte contre le terrorisme et portant dispositions diverses relatives à la sécurité et aux contrôles frontaliers.
- L'article 226-15 du code pénal sur l'atteinte au secret des correspondances.
- Le code pénal livre 3 titre 2 Chapitre III : des atteintes aux systèmes de traitement automatisé de données
- Article 323-1 :  
Le fait d'accéder ou de se maintenir, frauduleusement, dans tout ou partie d'un système de traitement automatisé de données est puni de deux ans d'emprisonnement et de 60 000 € d'amende.  
Lorsqu'il en est résulté soit la suppression ou la modification de données contenues dans le système, soit une altération du fonctionnement de ce système, la peine est de trois ans d'emprisonnement et de 100 000 € d'amende.  
Lorsque les infractions prévues aux deux premiers alinéas ont été commises à l'encontre d'un système de traitement automatisé de données à caractère personnel mis en œuvre par l'Etat, la peine est portée à cinq ans d'emprisonnement et à 150 000 € d'amende.
- Article 323-2 :  
Le fait d'entraver ou de fausser le fonctionnement d'un système de traitement automatisé de données est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 150 000 € d'amende.  
Lorsque cette infraction a été commise à l'encontre d'un système de traitement automatisé de données à caractère personnel mis en œuvre par l'Etat, la peine est portée à sept ans d'emprisonnement et à 300 000 € d'amende.
- Article 323-3 :  
Le fait d'introduire frauduleusement des données dans un système de traitement automatisé, d'extraire, de détenir, de reproduire, de transmettre, de supprimer ou de modifier frauduleusement les données qu'il contient est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 150 000 € d'amende.

Lorsque cette infraction a été commise à l'encontre d'un système de traitement automatisé de données à caractère personnel mis en œuvre par l'Etat, la peine est portée à sept ans d'emprisonnement et à 300 000 € d'amende.

- Article 323-3-1  
Le fait, sans motif légitime, notamment de recherche ou de sécurité informatique, d'importer, de détenir, d'offrir, de céder ou de mettre à disposition un équipement, un instrument, un programme informatique ou toute donnée conçus ou spécialement adaptés pour commettre une ou plusieurs des infractions prévues par les articles 323-1 à 323-3 est puni des peines prévues respectivement pour l'infraction elle-même ou pour l'infraction la plus sévèrement réprimée.
- Article 323-4  
La participation à un groupement formé ou à une entente établie en vue de la préparation, caractérisée par un ou plusieurs faits matériels, d'une ou de plusieurs des infractions prévues par les articles 323-1 à 323-3-1 est punie des peines prévues pour l'infraction elle-même ou pour l'infraction la plus sévèrement réprimée.
- Article 323-4-1  
Lorsque les infractions prévues aux articles 323-1 à 323-3-1 ont été commises en bande organisée et à l'encontre d'un système de traitement automatisé de données à caractère personnel mis en œuvre par l'Etat, la peine est portée à dix ans d'emprisonnement et à 300 000 € d'amende.
- Article 323-5  
Les personnes physiques coupables des délits prévus au présent chapitre encourent également les peines complémentaires suivantes :
  - 1°) L'interdiction, pour une durée de cinq ans au plus, des droits civiques, civils et de famille, suivant les modalités de l'article 131-26.
  - 2°) L'interdiction, pour une durée de cinq ans au plus, d'exercer une fonction publique ou d'exercer l'activité professionnelle ou sociale dans l'exercice de laquelle ou à l'occasion de laquelle l'infraction a été commise.
  - 3°) La confiscation de la chose qui a servi ou était destinée à commettre l'infraction ou de la chose qui en est le produit, à l'exception des objets susceptibles de restitution.
  - 4°) La fermeture, pour une durée de cinq ans au plus, des établissements ou de l'un ou de plusieurs des établissements de l'entreprise ayant servi à commettre les faits incriminés.
  - 5°) L'exclusion, pour une durée de cinq ans au plus, des marchés publics.
  - 6°) L'interdiction, pour une durée de cinq ans au plus, d'émettre des chèques autres que ceux qui permettent le retrait de fonds par le tireur auprès du tiré ou ceux qui sont certifiés.
  - 7°) L'affichage ou la diffusion de la décision prononcée dans les conditions prévues par l'article 131-35.
- Article 323-6  
Les personnes morales déclarées responsables pénalement, dans les conditions prévues par l'article 121-2, des infractions définies au présent chapitre encourent, outre l'amende suivant les modalités prévues par l'article 131-38, les peines prévues par l'article 131-39.  
L'interdiction mentionnée au 2° de l'article 131-39 porte sur l'activité dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise.
- Article 323-7  
La tentative des délits prévus par les articles 323-1 à 323-3-1 est punie des mêmes peines.
- Article 323-8  
Le présent chapitre n'est pas applicable aux mesures mises en œuvre, par les agents habilités des services de l'Etat désignés par arrêté du Premier ministre parmi les services spécialisés de renseignement mentionnés à l'article L. 811-2 du code de la sécurité intérieure, pour assurer hors du territoire national la protection des intérêts fondamentaux de la Nation mentionnés à l'article L. 811-3 du même code.

- Secret médical :  
Tous les professionnels intervenant dans le système de santé doivent respecter le secret médical. Le secret médical couvre toutes les informations concernant l'utilisateur. Cela signifie qu'un professionnel ayant des informations sur un usager ne doit pas les communiquer à d'autres personnes. Toutefois, les professionnels d'une même équipe de soins peuvent échanger des informations médicales nécessaires au suivi médico-social de l'utilisateur. **Le secret médical est une obligation générale et absolue.** La violation du secret médical, sauf dans les cas autorisés, est sanctionnée par une peine maximale d'1 an de prison et de 15 000 € d'amende.
- Guide d'hygiène informatique de l'ANSSI accessible via le lien <https://www.ssi.gouv.fr/guide/guide-dhygiene-informatique/>

## CHAPITRE 7

### DISPOSITIONS DIVERSES

---

#### **7.1. APPROBATION DU REGLEMENT INTERIEUR**

Le présent règlement intérieur est soumis à la concertation du Directoire, à l'avis du Comité Technique d'Etablissement, de la Commission Médicale d'Etablissement et du Conseil de Surveillance des HMV.

#### **7.2. MISE A DISPOSITION DU REGLEMENT INTERIEUR**

Le présent règlement intérieur est tenu à la disposition des usagers et des personnels dans chaque service de l'établissement.

Il fait notamment l'objet d'une information au sein des instances réglementaires.

Il est également consultable sur le site internet de l'établissement et son portail intranet.

#### **7.3. MISE A JOUR DU REGLEMENT INTERIEUR**

Il appartient à chaque direction, en fonction des évolutions réglementaires, d'alerter la direction générale sur les modifications à apporter à la rédaction du règlement intérieur. La direction générale regroupe les nouvelles propositions de rédaction et prépare leur présentation aux instances, en suivant le même processus de concertation et de validation.