

REGLEMENT INTERIEUR

C.H.I.C. CASTRES- MAZAMET



SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
1. ORGANISATION ADMINISTRATIVE DU CHIC CASTRES MAZAMET	4
1.1. – LE DIRECTEUR.....	4
1.2. – LE DIRECTOIRE.....	4
1.3. – LE CONSEIL DE SURVEILLANCE	4
1.4. – LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT	4
1.5. - COMITE TECHNIQUE D'ETABLISSEMENT.....	6
1.6. - COMMISSION DU SERVICE DES SOINS INFIRMIERS DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES ..	6
1.7. - ORGANES CONSULTATIFS SPECIALISES	7
1.8. – LE FONCTIONNEMENT DES POLES	8
1.9. – LA SECURITE DU SYSTEME D'INFORMATION ET CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES DE SANTÉ	9
2. L'ORGANISATION MEDICALE DU CENTRE HOSPITALIER	11
2.1. - CODE DE DEONTOLOGIE	11
2.2. - POLES – SERVICES – UNITES FONCTIONNELLES.....	11
2.3. - CORPS MEDICAL : CATEGORIES	11
2.4. – LE PHARMACIEN.....	13
2.5. – LES SAGES-FEMMES	13
2.6. – ORGANISATION DU TEMPS MEDICAL.....	13
2.7. – INTERVENTIONS CHIRURGICALES	14
2.8. - VISITE MEDICALE QUOTIDIENNE	14
2.9. - PERMANENCE MEDICALE DES SOINS - SERVICE DE GARDE OU D'ASTREINTE	14
2.10. - ACTIVITE LIBERALE.....	15
2.11. – PARTICIPATION DES MEDECINS LIBERAUX AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER	15
2.12. – DEMI-JOURNEES D'ACTIVITE D'INTERET GENERAL.....	15
2.13. - SERVICE D'INFORMATION MEDICALE	15
2.14. - DOSSIER MEDICAL.....	16
3. DISPOSITIONS RELATIVES AUX HOSPITALISES ET AUX CONSULTANTS EXTERNES	17
3.1. – DISPOSITIONS GENERALES	17
3.2. – DISPOSITIONS PARTICULIERES.....	19
3.3. – CONDITIONS DE SEJOUR	21
3.4. – TRANSPORTS.....	22
3.5 – DECES	22
4. DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL	25
4.1. – DROITS ET DEVOIRS.....	25
4.2. - ORGANISATION ET AMENAGEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL DU PERSONNEL NON MEDICAL.....	28
4.3. – DIVERS.....	30
5. REGLES DE SECURITE, DE STATIONNEMENT ET DE CIRCULATION.....	31
5.1. –OBLIGATIONS GENERALES.....	31
5.2. – SECURITE DES PERSONNES ET DES BIENS	31
5.3. – VOIES DE CIRCULATION, REGLES DE CIRCULATION ET STATIONNEMENT	31

INTRODUCTION

Le Centre Hospitalier Intercommunal Castres-Mazamet est un établissement public de santé, en sens du Code de la Santé Publique.

Il est membre du Groupement Hospitalier de Territoire « GHT Cœur d'Occitanie » et établissement support en alternance avec le Centre Hospitalier d'Albi.

Il est doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière.

Pour remplir sa mission, le CHIC Castres-Mazamet comporte :

- Des services d'hospitalisation,
- Des consultations externes,
- Des services médico-techniques,
- Des structures mobiles et des structures extra-hospitalières,
- Des services logistiques, techniques et administratifs.

Le présent règlement intérieur, prévu à l'article L6143-1 du Code de la Santé Publique, précise les dispositions en vigueur dans l'établissement, dans le but de garantir la continuité des soins et la neutralité de l'accueil et de la prise en charge des patients.

1. ORGANISATION ADMINISTRATIVE DU CHIC CASTRES MAZAMET

1.1. – LE DIRECTEUR

Le Directeur est nommé par arrêté du Directeur Général du Centre National de Gestion.

Il est assisté d'une équipe de direction.

Une garde de direction est organisée 24h/24 et 365 jours par an. Le tableau de la garde de Direction est arrêté par le Directeur.

1.2. – LE DIRECTOIRE

Le Directoire est une instance qui appuie et conseille le Directeur dans la gestion et la conduite de l'Etablissement. Le Directoire comporte 7 membres dont 3 de droit : Le Directeur (qui le préside), le Président de la CME (qui est le Vice-président) et le Président de la CSIRMT (membre de droit).

1.3. – LE CONSEIL DE SURVEILLANCE

Le Conseil de Surveillance a remplacé le Conseil d'Administration.

Ses missions sont recentrées sur les orientations stratégiques et le contrôle permanent de l'Etablissement.

Il est composé de 15 membres répartis en 3 collèges : représentants des collectivités territoriales, représentants du personnel et personnalités qualifiées. Siègent avec une voix consultative le Vice-Président du Directoire, le Directeur Général de l'ARS Occitanie, le Directeur de la CPAM ainsi que le représentant des familles accueillies en USLD.

1.4. – LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

1.4.1 - Composition :

La composition de la CME du CHIC est fixée comme suit (44 praticiens) :

- Collège N° 1 (6 praticiens) : Collège des chefs de pôles d'activité cliniques et médico-techniques.
- Collège N° 2 (20 praticiens) : Collège des représentants élus des responsables des structures internes (chefs de services et responsables d'UF, conformément à l'organigramme médical en cours) dont le nombre est en rapport avec l'importance de l'effectif du pôle :
 - o Pôle Médecines : 6 élus
 - o Pôle Chirurgies : 4 élus
 - o Pôle Plateaux Techniques : 4 élus
 - o Pôle Mère-Enfant : 2 élus
 - o Pôle Gériatrie : 2 élus
 - o Pôle Médico-technique : 2 élus
- Collège N° 3 (12 praticiens) : Collège des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement.
- Collège N° 4 (6 praticiens) : Collège des représentants des praticiens temporaires, non titulaires et des personnels contractuels ou exerçants à titre libéral dans l'Etablissement.
- Collège N° 5 (2 praticiens) - Collège des sages-femmes : 2 représentants élus des sages-femmes.
- Collège N° 6 (2 ou 3 internes) - Collège des internes : comprenant 1 représentant des internes de Médecine Générale, 1 représentant des internes des autres spécialités et s'il en existe sur le CHIC, 1 représentant des internes de pharmacie.

La composition de la CME du C.H.I.C. est représentative des praticiens et des activités du CHIC : praticiens des 6 pôles d'activité, praticiens de statut public à temps plein, avec ou sans activité libérale, mais également praticiens de statut mixte, participant aux missions de service public.

Siègent également 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 CTE, élu en son sein,
- Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène,
- Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le Directeur de l'établissement.

La Commission Médicale d'Établissement élit son Président pour une durée de 4 ans renouvelable une seule fois de manière consécutive.

Les fonctions de Président de la CME sont incompatibles avec les fonctions de Chef de Pôle. Toutefois, dans l'hypothèse d'une élection en cours de mandat, il peut être dérogé à cette règle et la CME peut se prononcer valablement sur l'élection d'un Chef de Pôle à la Présidence.

1.4.2 - Compétences de la CME :

La CME est consultée sur :

- Les projets de délibération (article L. 6143-1), les orientations stratégiques de l'établissement, son plan global de financement pluriannuel ;
- Le plan de redressement (article L. 6143-3) ;
- L'organisation interne de l'établissement (au 7^{ème} de l'article L. 6143-7) ;
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- La gestion prévisionnelle des emplois et compétences ;
- La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire.

La CME est également consultée sur :

- Le Projet Médical d'Établissement, les politiques en matière de coopération territoriale de l'établissement, de recherche clinique et d'innovation, de formation des étudiants et interne, de recrutement des emplois médicaux ;
- Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens ;
- Les modifications des missions du service public attribuées à l'établissement ;
- Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;
- Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- Le Programme d'investissement concernant les équipements médicaux.

La CME est informée sur :

- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement ;
- Les contrats de pôle ;
- Le bilan annuel des tableaux de service ;
- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechnique ;
- La programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipement susceptible d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

1.4.3 - Sous-commissions de la CME :

La Commission Médicale d'Établissement met en place des commissions nécessaires à la qualité des soins et à la sécurité de la prise en charge des patients. Le mandat de ces sous-commissions expire en même temps que celui de la Commission Médicale d'Établissement.

Le Règlement Intérieur et la composition de chaque Sous-Commission sont arrêtés, sur proposition de la sous-commission, par la Commission Médicale d'Établissement.

Les sous-commissions sont :

- Commission du Médicament des Dispositifs Médicaux Stériles et analyses biologiques : COMEDIMS
- Comité de Lutte des Infections Nosocomiales : CLIN
- Comité de Lutte contre la Douleur : CLUD
- Comité de Liaison Alimentaire Nutrition : CLAN
- Commission de la Permanence des Soins : COPS
- Evaluation des Pratiques Professionnelles – Revue de Mortalité et de Morbidité : EPP-RMM
- Commission de la Biologie Délocalisée : CBD
- Conseil de Bloc
- Commission de l'Imagerie Interventionnelle et de la Radioprotection : C2IR
- Commission des Admissions et Consultations Non Programmées : CACNP
- Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance : CSTH
- Collège de l'information médicale : CIM
- Commission de conciliation médicale interne : CCMi

- Commission Qualité de vie au travail des personnels médicaux : CQVTPM
- Commission de Recherche et Innovation Clinique : CRIC

1.5. - COMITE TECHNIQUE D'ETABLISSEMENT

1.5.1 - Composition du CTE :

Le Comité Technique d'Etablissement, organe consultatif, comprend 12 membres représentant le personnel non médical. Ils sont élus pour chaque syndicat en fonction des résultats obtenus aux élections professionnelles.

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.

1.5.2 - Compétences du CTE :

Le CTE est obligatoirement consulté sur :

- les projets de délibération mentionnés à l'article L.6143-1 :
- 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,
- les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel,
- le plan de redressement présenté par le président du directoire à l'agence régionale de santé,
- l'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7,
- les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants,
- la gestion prévisionnelle des emplois et compétences,
- les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel,
- la politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu,
- les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité,
- la politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social,
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,
- le règlement intérieur de l'établissement.

Le CTE est régulièrement tenu informé :

- de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement
- du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1,
- de l'état prévisionnel de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1 et des décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7.

1.6. - COMMISSION DU SERVICE DES SOINS INFIRMIERS DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES

1.6.1 Composition de la CSIRMT:

La CSIRMT du CHIC Castres-Mazamet prévoit 20 membres titulaires et 20 membres suppléants

Ceux-ci sont élus après appel à candidature au scrutin uninominal majoritaire à un tour par et parmi les personnels relevant de chaque collège composant les groupes mentionnés ci-dessous dans les proportions définies par le règlement intérieur.

- des membres associés avec voix consultative

Le nombre de sièges attribués aux deux premiers groupes est calculé au prorata des effectifs des personnels de chaque collège, apprécié en équivalents temps plein, au dernier jour du troisième mois précédant celui de l'affichage des listes d'électeurs et d'éligibles.

- Membre de droit : Le Coordonnateur Général des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques, préside la CSIRMT.
- Membres élus : La CSIRMT est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques.

1.6.2 Compétences de la CSIRMT :

La CSIRMT est consultée sur :

- le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques élaboré par le coordonnateur général des soins, l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques 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 médicotechniques,
- et enfin la politique de développement professionnel continu.

1.7. - ORGANES CONSULTATIFS SPECIALISES

1.7.1. - Commissions Administratives Paritaires Locales (CAPL)

Elles sont instituées par l'assemblée délibérative et sont compétentes à l'égard des fonctionnaires hospitaliers de l'Etablissement. Au nombre de neuf, elles regroupent les corps de catégorie A, B et C par filières professionnelles. Au CHIC Castres Mazamet, seules 7 commissions existent :

Catégorie A :

- Commission 1 : personnels des services techniques
- Commission 2 : personnels des services de soins, médico-techniques et sociaux
- Commission 10 : personnels sages-femmes

Catégorie B :

- Commission 4 : personnels d'encadrement technique et ouvrier
- Commission 5 : personnels des services de soins, médico-techniques et sociaux
- Commission 6 : personnels d'encadrement administratif et des secrétariats médicaux

Catégorie C :

- Commission 7 : personnels techniques, ouvriers, conducteurs automobiles, conducteurs ambulanciers et personnels d'entretien et de salubrité
- Commission 8 : personnels des services de soins, médico-techniques et sociaux
- Commission 9 : personnels administratifs.

La Commission 3 n'est pas présente dans l'Etablissement, l'effectif du corps concerné étant inférieur à 5 agents.

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 des représentants élus par le 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 règlement intérieur fixe les modalités de fonctionnement de cette instance.

1.7.2.- Comité d'hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

Ce Comité est composé de représentants du personnel hospitalier non médical et d'un médecin désigné par la Commission Médicale d'Etablissement dont la liste nominative est affichée dans les services.

Le CHSCT est composé de :

- de membres délibérants : le Président (Directeur) ou son représentant, 9 représentants des personnels non médicaux, et un représentant des personnels médicaux.

- de membres consultatifs de droit : le Médecin du Travail, l'inspecteur du travail, le représentant du service de prévention de la CRAM, le Praticien hygiéniste, le Directeur Adjoint chargé des Ressources Humaines, le Directeur Adjoint chargé des Achats, des Travaux, de la Logistique et du Système d'Information et le Directeur des Soins.
- de membres invités ponctuels (autres Directeurs, AAH, Ingénieurs).

Il est chargé d'étudier et de donner des avis sur les problèmes relatifs à l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des personnels liées exclusivement aux problèmes d'hygiène et de sécurité. A cet effet, il contribue à la protection de la santé et de la sécurité des salariés du CHIC et à l'amélioration de leurs conditions de travail.

1.7.3. – Autres commissions consultatives

D'autres commissions réglementaires existent dans l'établissement :

- **La Commission des Usagers** : elle a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches afin qu'ils puissent exprimer leurs difficultés. Elle examine au moins une fois par trimestre et chaque fois que nécessaire les réclamations adressées au CHIC par les usagers et le cas échéant, les informe sur les voies de conciliation et de recours. Elle peut, si elle le juge utile, rencontrer l'auteur d'une réclamation. Le représentant des usagers, membre de la commission, peut accompagner l'utilisateur dans sa réclamation et s'il le souhaite pendant sa rencontre avec le médiateur. Elle est consultée et formule des avis et propositions sur la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches. Elle 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.
- **La Commission de l'Activité Libérale** : La commission de l'activité libérale du CHIC est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant ainsi que des stipulations des contrats des praticiens. Elle peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale des praticiens ou en être saisie par le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie, le président du conseil de surveillance, le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'établissement. Un praticien peut saisir la commission de l'activité libérale de toute question relative à l'exercice de son activité libérale.

1.8. – LE FONCTIONNEMENT DES POLES

La loi HPST a consacré les pôles d'activité comme le seul niveau de structure interne obligatoire et le support d'organisation interne de l'Hôpital. Ils sont les lieux de propositions de mise en œuvre des stratégies médicales et de management des équipes soignantes.

Les chefs de pôles ont été nommés pour 4 ans par décision du Directeur.

L'appellation des structures internes des pôles est laissée à la libre appréciation des établissements. Au CHIC Castres-Mazamet, existent 7 pôles :

- Le pôle Administratif et Logistique
- Le pôle Médecines
- Le pôle Chirurgies
- Le pôle Mère Enfant
- Le pôle Médico-technique
- Le pôle Plateau Technique
- Le pôle Gériatrie.

Pour mettre en œuvre ses missions, le pôle décrit ses objectifs dans un projet de pôle, qui sera décliné en actions dans un contrat de pôle signé par le praticien chef de Pôle avec le Directeur de l'établissement, après avis du Président de la CME et concertation avec le Directoire.

A partir de l'évaluation de sa mise en œuvre, le contrat de pôle fait l'objet d'un avenant annuel. L'ensemble de ce dispositif est décrit dans la politique de contractualisation validée par le Directoire.

1.8.1. - Le Responsable de Pôle : le médecin chef de Pôle

Le médecin chef de Pôle est nommé pour une durée de 4 ans par le Directeur sur présentation d'une liste comprenant au moins 3 noms par le Président de la CME dans un délai de 30 jours à compter de la

demande. Les praticiens hospitaliers ou contractuels peuvent exercer les fonctions de médecin chef de Pôle.

1.8.2. - Les responsables des structures internes

Les responsables de structures internes, services ou unités fonctionnelles, des pôles d'activités cliniques ou médico-techniques sont nommés par le Directeur sur proposition du Président de la CME après avis du Chef de Pôle. Les responsables de structures internes, services, ou unités fonctionnelles sont nommés pour un mandat renouvelable de 4 ans.

1.9. – LA SECURITE DU SYSTEME D'INFORMATION ET CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES DE SANTÉ

Le Directeur du Centre Hospitalier nomme un responsable de la sécurité des systèmes d'informations (SI). Il a pour mission principale de concevoir et animer la démarche sécurité des SI (matériels, données et logiciels), en veillant à ce que les niveaux de sécurité et de confidentialité soient conformes à la réglementation externe et aux standards internes.

1.9.1 Charte des Technologies de l'Information et des Communications

Cette charte a pour objet de définir les règles d'utilisation des ressources informatiques mises à la disposition des utilisateurs. Ces règles techniques et organisationnelles permettent de garantir une sécurisation des SI adaptée au contexte du CHIC, tout en garantissant les intérêts des employés et de l'employeur. En respectant la Charte, l'utilisateur se protège.

Elle permet notamment de :

- assurer la sécurité du système d'information
- préserver la confidentialité des données
- maintenir les performances du système
- limiter la prolifération des logiciels « pirates » et des spams.

Les utilisateurs se doivent de la connaître et de la respecter dans le cadre de leurs activités professionnelles. Le non-respect, volontaire ou non, de la Charte est constitutif d'une faute. Les utilisateurs ont connaissance du fait que le non-respect de la Charte est susceptible d'entraîner des mesures disciplinaires internes voire, en cas de violation d'un texte législatif ou réglementaire, des poursuites judiciaires.

1.9.1.1.- Domaine d'application de la charte

Les règles décrites dans la charte s'appliquent à tous les utilisateurs, c'est-à-dire toute personne physique, quel que soit son statut (salarié, intérimaire, stagiaire, prestataire, sous-traitant...), autorisée à faire usage des systèmes d'informations et /ou de communications du CHIC (y compris ceux dont le Centre Hospitalier autorise l'accès à distance directement ou en cascade), qu'ils soient utilisés sur le lieu de travail, en déplacement ou au domicile.

1.9.1.2. -Conditions d'accès de l'utilisateur

L'utilisation des ressources informatiques du Centre Hospitalier est soumise à autorisation préalable. L'accès aux ressources informatiques et de télécommunications du Centre Hospitalier est conditionné par le respect des termes de cette charte dont la notification individuelle vaut acceptation.

Les accès informatiques et téléphoniques sont personnels et incessibles, ils cessent avec la disparition des raisons qui ont motivé leur attribution. Ils sont limités aux activités professionnelles définies dans le cadre de la mission de l'utilisateur.

1.9.1.3. - Respect des règles d'usages des outils TIC

Il est rappelé qu'en droit pénal français chaque personne est responsable de ses actes, qu'elle soit dans un cadre privé ou professionnel.

La charte impose notamment de :

- ne pas porter atteinte, directement ou indirectement, volontairement ou par négligence aux éléments composants les systèmes d'informations (réseaux, matériels, logiciels, etc.),
- veiller à ne pas se mettre personnellement, ni mettre le Centre Hospitalier, en infraction vis-à-vis de la législation,
- ne pas essayer d'accéder ou de faire accéder à tout ou partie du Système d'Information sans y être autorisé,
- ne pas entraver par quelque moyen que ce soit le niveau de sécurité mis en place dans le Système d'Information,
- de se rappeler que les autorisations d'accès au Système d'Information doivent correspondre aux fonctions exercées et uniquement à celles-ci,

- de respecter la réglementation CNIL et RGPD relative aux données personnelles.

La charte décrit encore les règles d'utilisations des outils du CHIC :

- postes informatiques fixes et mobiles,
- outils de téléphonie,
- mesures générales de sécurité, de contrôle et d'audit,
- messagerie électronique,
- internet,
- outils numériques personnels (interdit).

1.9.2. - Confidentialité du dossier patient au CHIC Castres Mazamet

Le dossier du patient est constitué d'informations papier et d'information numérique. Le même niveau de confidentialité est attendu, quel que soit le support.

Le code de la Santé Publique décrit les règles d'accès au dossier médical. Le règlement général sur la protection des données personnelles (RGPD) vient renforcer les droits des usagers et consolider les mesures de sécurité. Le non-respect des règles de confidentialité est un délit pénal d'une grande gravité.

Le respect de la confidentialité comprend :

- la non-divulgence d'information à des personnes ne participant pas directement aux soins,
- le fait de ne pas rechercher soi-même des informations concernant un patient non pris en charge.

Le « Guide d'utilisation du dossier patient » décrit les règles de consultation, archivage et transmission des données des patients. S'agissant des outils informatiques, le Collège de l'Information Médicale établit, en plus, les droits des utilisateurs par profil. La Directrice des Soins et le Médecin DIM ont autorité, par délégation du Collège de l'Information Médicale, pour valider des demandes de droits complémentaires. Le président de CME, la Directrice des Soins et le Médecin DIM disposent d'outils pour contrôler, si besoin, les accès aux dossiers des patients.

Les agents du CHIC qui le souhaitent peuvent être informés automatiquement par mail de la consultation de leur dossier médical.

L'accès au dossier patient informatisé Easily se fait grâce à un Identifiant et un Mot de passe strictement personnel. La communication du mot de passe est interdite. Le caractère personnel des mots de passes permet de sécuriser l'accès au dossier patient et garantir de la traçabilité des actions de chaque professionnel de santé.

L'accès aux informations contenues dans le dossier patient n'est autorisé qu'à des fins de prise en charge. Il est interdit de consulter un dossier patient dans un autre but.

2. L'ORGANISATION MEDICALE DU CENTRE HOSPITALIER

Le CHIC Castres-Mazamet dispose d'une offre de soins large et couvre la quasi-totalité des spécialités de la médecine contemporaine. Les praticiens qui exercent au sein de l'établissement sont environ 180 (dont une trentaine d'internes), quel que soit leur statut et consultent dans un cadre public ou privé.

2.1. - CODE DE DEONTOLOGIE

Le médecin doit soigner avec la même conscience tous ses malades, quels que soient leur condition, leur nationalité, leur religion.

Le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

Il a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances. Le médecin et son équipe doivent veiller à l'information du patient et garantir le secret médical.

2.2. - POLES – SERVICES – UNITES FONCTIONNELLES

Pour l'accomplissement de ses missions, le CHIC Castres Mazamet est organisé en pôles, services et unités fonctionnelles.

Ils sont placés sous la responsabilité d'un médecin, d'un biologiste ou d'un pharmacien hospitalier.

Les unités fonctionnelles sont les structures élémentaires de prise en charge des malades par une équipe soignante, médicotechnique, de rééducation ou socio-éducative, identifiées par leurs fonctions et leur organisation.

Les services sont constitués d'unités fonctionnelles de même discipline. Les pôles sont organisés conformément aux dispositions précitées.

2.3. - CORPS MEDICAL : CATEGORIES

Le personnel médical a pour charge :

- d'assurer les services du matin et de l'après-midi,
- d'effectuer, si besoin est, les remplacements imposés par divers congés, dans la limite des possibilités,
- d'assurer la permanence médicale des soins, conjointement avec les autres membres du corps médical, et de répondre à ce titre aux appels d'urgence,
- de participer aux jurys de concours et d'examens organisés par le Ministère de la Santé, ainsi qu'à l'enseignement et à la formation des personnels hospitaliers,
- et de tenir un dossier individuel par malade et renseigner les documents nécessaires à l'évaluation de l'activité.

En outre, ils peuvent participer aux actions d'enseignement, de prévention et de recherche. Enfin, ils participent aux tâches de gestion qu'impliquent leurs fonctions.

A ce titre, ils assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement et de soins d'urgence dispensés par le Service Public Hospitalier.

Les praticiens participent, par ailleurs, aux services de gardes et astreintes de nuit, des dimanches et jours fériés.

Chaque Chef de service/responsable de structure interne soumet un tableau de service nominatif prévisionnel puis réalisé au Directeur ou à son représentant pour accord.

2.3.1. - Praticiens hospitaliers temps plein

Les Praticiens hospitaliers temps plein consacrent la totalité de leur activité professionnelle au CHIC. Le service normal hebdomadaire est fixé à dix demi-journées.

2.3.2. - Praticiens hospitaliers à temps partiel

Les Praticiens à temps partiel exercent à raison de six demi-journées hebdomadaires, durée qui peut être ramenée à quatre ou cinq demi-journées par semaine.

2.3.3. - Praticiens attachés

Les praticiens attachés, nommés par le Directeur sur proposition du Chef de pôle et après avis du Président de la CME, ont des activités de diagnostic et de soins.

Les attachés peuvent en plus de leurs obligations habituelles, être appelés selon leur discipline et concurremment avec les autres praticiens de l'établissement :

- à participer aux différents services de gardes et astreintes de nuit, des dimanches et jours fériés,
- à assurer les remplacements imposés par les différents congés ou absences exceptionnelles des praticiens de l'établissement, à répondre aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors de leurs horaires normaux de service. Ils effectuent chaque semaine le nombre de demi-journées déterminé par leur contrat et dans les conditions définies par le Code de la Santé Publique.

2.3.4. – Les Cliniciens Hospitaliers

Le recrutement des cliniciens hospitaliers doit être prévu par le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens signé par le Directeur et le Directeur de l'Agence Régionale de Santé. Cela ne peut concerner que des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus. Ces praticiens sont recrutés par le Directeur ou son représentant, sur proposition du Chef de pôle et après avis du Président de la CME. Le renouvellement de leur contrat est conditionné à l'accomplissement d'un certain nombre d'objectifs fixé par le Chef de Pôle.

Ils peuvent être recrutés à temps plein ou à temps partiel pour une durée maximale de 6 ans.

Ils participent également à la continuité et la permanence des soins de l'établissement.

2.3.5. - Praticiens hospitaliers contractuels

Ils sont recrutés dans les conditions définies par l'article R6152-402 du Code de la Santé Publique. Ils peuvent être recrutés pour remplacer un emploi permanent temporairement vacant ou dont le titulaire est absent (pour congé statutaire), pour faire face à un surcroît d'activité ou pour des fonctions nécessitant des compétences particulières.

Leur contrat est renouvelé par période de 6 mois dans la limite de 3 ans.

Ils participent également à la continuité et la permanence des soins de l'établissement.

2.3.6. - Les assistants des hôpitaux

Les assistants des hôpitaux sont généralement de jeunes médecins diplômés qui souhaitent approfondir leur cursus. Ils sont recrutés pour une durée pouvant aller jusqu'à 6 ans. Ils sont employés à temps plein, ou à temps partiel après 2 ans d'exercice.

Dans certains cas, leur exercice peut être partagé avec le CHU de référence selon une répartition définie par voie conventionnelle.

Ils participent à la continuité et la permanence des soins de l'établissement.

2.3.7. - Les assistants associés ou attachés associés

Les médecins titulaires d'un diplôme étranger, titulaires de la PAE mais non inscrits à l'Ordre, peuvent être recrutés en qualité d'assistants associés ou d'attachés associés.

A ce titre, ils ne peuvent signer les documents médico-légaux ni prescrire de stupéfiants ou matières dangereuses.

Ils peuvent être amenés à participer à la permanence des soins sous certaines conditions définies par le Code de la Santé Publique.

2.3.8. - Internes et résidents

Les internes remplissent leurs fonctions sous l'autorité du responsable du service. Leurs obligations de service sont de huit demi-journées par semaine et deux demi-journées de formation. Les internes et résidents bénéficient d'autorisations d'absence dans le cadre de leur formation.

Des faisant fonction d'interne peuvent être recrutés sur des postes d'interne, dans les conditions définies par les articles R6153-41 et – 42 du Code de la Santé Publique.

Les internes, résidents et faisant fonction d'internes participent aux services de gardes et astreintes.

2.4. – LE PHARMACIEN

Les missions des Pharmacies à usage intérieur (PUI) sont précisées dans l'ordonnance du 15 décembre 2016 :

- assurer la gestion, l'approvisionnement, la vérification des dispositifs de sécurité, la préparation, le contrôle, la détention, l'évaluation et la dispensation des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1, des dispositifs médicaux stériles et des médicaments expérimentaux ou auxiliaires définis à l'article L. 5121-1-1, et d'en assurer la qualité ;
- mener toute action de pharmacie clinique, à savoir de contribuer à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé mentionnés au 1° et de concourir à la qualité des soins, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins mentionnée à l'article L. 1110-12, et en y associant le patient ;
- entreprendre toute action d'information aux patients et aux professionnels de santé sur les produits de santé mentionnés au 1°, ainsi que toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage, et de concourir à la pharmacovigilance, à la matériovigilance, et à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles mentionnée à l'article L. 6111-2
- s'agissant des pharmacies à usage intérieur des établissements publics de santé, exercer les missions d'approvisionnement et de vente en cas d'urgence ou de nécessité mentionnées à l'article L. 5126-8. »

Le pharmacien chargé de la gérance de la PUI est responsable des missions et des activités autorisées pour cette pharmacie.

2.5. – LES SAGES-FEMMES

Les sages-femmes dépendent de la Direction chargée de la gestion du personnel médical. La gestion opérationnelle des affectations et des carrières est assurée au service en charge des Ressources Humaines, sous la responsabilité de la Direction des Affaires Médicales.

Les sages-femmes sont habilitées à pratiquer notamment les actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse, à la préparation psychoprophylactique de l'accouchement, à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnatals de la mère et de l'enfant, suivant les modalités fixées par leur code de déontologie (article L.374 du code de la Santé Publique).

L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.

Dans ce cadre, elles relèvent, par l'intermédiaire des Sages-Femmes coordinatrices d'unités et de pôle, directement de l'autorité investie du pouvoir de nomination.

2.6. – ORGANISATION DU TEMPS MEDICAL

Les obligations de service des praticiens sont de 48h hebdomadaires pour les services en temps continu et de 10 demi-journées hebdomadaires pour les services en temps non continu.

Au CHIC Castres-Mazamet, les services en temps médical continu sont les services d'Anesthésie, de Réanimation, de Cardiologie, de Gynécologie-Obstétrique et d'Urgences. Le temps médical continu implique une présence médicale sur place 24h/24 et 7j/7.

La gestion du temps médical (service de jour et gardes et astreintes) fait l'objet d'une informatisation. Elle est déléguée à chaque praticien qui saisit les données relatives à la réalisation du tableau de service mensuel. En accord avec la Direction des Affaires Médicales, le praticien peut désigner un référent qui est chargé de les saisir sous sa responsabilité. Les tableaux de service prévisionnels et réalisés sont visés par le responsable de service ou d'unité et par la Direction des Affaires Médicales. Pour les praticiens mis à disposition par un autre établissement, un tableau de service papier est renseigné chaque mois par le praticien. Le tableau des gardes et astreintes est arrêté mensuellement par le Directeur, sur proposition et sous la responsabilité du responsable d'unité ou de service.

Les praticiens hospitaliers, les praticiens hospitaliers contractuels, les assistants, les assistants associés, les praticiens attachés, les praticiens attachés associés et les praticiens contractuels peuvent, sur la base du volontariat et sans qu'ils puissent subir aucun préjudice du fait d'un refus, réaliser des périodes de temps de travail additionnel au-delà de leurs obligations de service dans les conditions fixées par leurs statuts respectifs.

Un bilan annuel est présenté en Commission d'Organisation de la Permanence des Soins.

2.7. – INTERVENTIONS CHIRURGICALES

2.7.1. - La charte du bloc opératoire

La charte du bloc opératoire précise l'organisation du bloc opératoire pour garantir la continuité, la qualité et la sécurité des soins.

2.7.2.- Le conseil du bloc opératoire

Le rôle du conseil de bloc est de faciliter l'organisation harmonieuse du bloc opératoire et de la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI), en tenant compte des moyens humains et matériels, de la réglementation relative au temps de travail, à l'exercice professionnel, aux règles de sécurité sanitaire et anesthésique. Le conseil du bloc opératoire veille à l'application de la charte du bloc opératoire.

Il est composé de personnels médicaux et soignants. Le directeur arrête la composition nominative du conseil de bloc opératoire qui doit comprendre au minimum :

- un chirurgien intervenant au bloc opératoire désigné sur proposition de la CME
- un médecin anesthésiste réanimateur désigné sur proposition de la CME
- le responsable de l'organisation du secteur opératoire. Ce responsable pouvant être le cadre de santé du bloc, chef de bloc.
- le responsable du CLIN ou son représentant y participe en tant que de besoin.
- Les membres sont désignés pour une durée de trois ans renouvelable.

Cette instance se réunit au moins une fois par mois (sauf en période estivale) sur convocation de son Président. D'autres membres peuvent être invités à titre consultatif en leur qualité d'experts selon l'ordre du jour.

Chaque année, le conseil de bloc opératoire établit un rapport d'activité du bloc opératoire et le transmet à la CME.

2.8. - VISITE MEDICALE 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/responsable de structure interne 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.

2.9. - PERMANENCE MEDICALE DES SOINS - SERVICE DE GARDE OU D'ASTREINTE

La permanence sur place ou en astreinte à domicile a pour objet d'assurer la sécurité des malades hospitalisés ou admis d'urgence et la continuité des soins excédant la compétence des auxiliaires médicaux ou des internes en dehors du service quotidien, pendant chaque nuit, samedi après-midi, dimanche et jour férié. Les services des urgences/SMUR/UHCD, de Cardiologie, de Gynécologie-Obstétrique, d'Anesthésie et de Réanimation sont organisés en temps médical continu.

La permanence sur place ou en astreinte à domicile de nuit débute à 18h30 et s'achève à 8h30. L'astreinte commence le samedi à 13h30. Le samedi est un jour ouvrable. Les dimanches et jours fériés, le service de garde de jour commence à 8h30 et s'achève à 18h30.

L'organisation générale du service de garde ou d'astreinte est arrêtée par le Directeur après avis de la Commission Médicale d'Etablissement et de la Commission d'Organisation de la Permanence des Soins. Le paiement des astreintes est au choix soit forfaitisé, soit établi sur une base réelle de déplacement. Le choix se fait au niveau de chaque service.

2.10. - ACTIVITE LIBERALE

Les Praticiens Hospitaliers titulaires à temps plein ont la possibilité d'exercer une activité libérale. Celle-ci est réglementée et doit être matérialisée par un contrat d'activité libérale. Cette activité fait l'objet d'un contrôle par la commission de l'activité libérale. Le tarif pratiqué par le médecin, dans le cadre de son activité libérale, ainsi que les jours et plages horaires sont affichés dans la salle d'attente du service ou des consultations externes.

Le temps consacré à ces activités est porté sur le tableau de service et ne peut excéder 2 demi-journées hebdomadaires.

2.11. – PARTICIPATION DES MEDECINS LIBERAUX AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Des professionnels de santé libéraux peuvent être amenés à exercer au sein de l'établissement, soit dans le cadre du décret du 28 mars 2011 relatif à la participation des professionnels de santé libéraux aux missions des établissements publics de santé soit dans le cadre d'un Groupement de Coopération Sanitaire.

Cette ouverture à la médecine libérale est autorisée par les articles L. 6133-1, L. 6133-2 et L. 6133-6 du Code de la santé publique. Tous les patients pris en charge dans le cadre cette activité le sont en secteur 1.

2.12. – DEMI-JOURNEES D'ACTIVITE D'INTERET 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.

2.13. - SERVICE D'INFORMATION MEDICALE

2.13.1. - Fonctionnement

Le département d'information médicale (DIM) est chargé, dans le cadre de l'organisation du DIM de Territoire, de la gestion des données médicales au sein de l'établissement. Le service d'information médicale a notamment pour mission de procéder à l'extraction, au traitement et à l'analyse des informations médicales produites par les services hospitaliers dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information.

Le médecin responsable de structure interne est responsable de leur validité et de leur exhaustivité. Il est destinataire de toutes les données statistiques concernant son service. Il met en œuvre l'ensemble des actions de promotion, de formation et de conseil utiles à cette réalisation.

Le médecin responsable de l'information médicale transmet au chef de pôle, à la Commission Médicale d'Etablissement et au directeur de l'établissement les informations nécessaires à l'analyse de l'activité, tant en ce qui concerne l'établissement dans son ensemble que chacune des structures médicales.

2.13.2. - Traitement automatisé des informations nominatives - droits d'accès

Le CHIC Castres Mazamet recourt aux traitements automatisés d'informations nominatives dans le cadre de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et du Règlement général sur la protection des données (RGPD).

Le droit d'accès s'exerce dans les conditions définies par les actes réglementaires publiés pour chacun des traitements mis en œuvre. Pour la protection de leurs données personnelles ou faire valoir leurs droits, les individus peuvent saisir le Délégué à la Protection des Données (DPD) du CHIC.

2.14. - DOSSIER MEDICAL

Un dossier médical est créé pour chaque patient. Il regroupe l'ensemble des séjours du patient. Ce dossier, qu'il soit papier ou numérique, est accessible aux personnels soignants intervenant dans la prise en charge du patient. Des règles strictes d'accès aux dossiers médicaux ont été définies dans la charte de confidentialité détaillée au point 1-9-2 du présent règlement, conformément aux dispositions légales en vigueur.

Les droits d'accès aux différentes données sont déterminés par le Collège de l'Information Médicale selon les missions des personnels.

3. DISPOSITIONS RELATIVES AUX HOSPITALISES ET AUX CONSULTANTS EXTERNES

3.1. – DISPOSITIONS GENERALES

3.1.1. – Principe du libre choix du malade

Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire. Les limitations apportées à ce principe par les différents régimes de protection sociale ne peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements, de leur mode de tarification et des critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux.

3.1.2. – Accès aux soins des personnes démunies

Le CHIC Castres Mazamet dispose d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) facilitant l'accès aux soins des plus démunis et les accompagnant dans les démarches administratives nécessaires à la reconnaissance de leurs droits en matière de couverture sociale.

3.1.3. – Livret d'accueil

La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Il est procédé à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour. Dans ce but, est remis à chaque patient lors de son admission un livret d'accueil. Un questionnaire est à compléter sur le TMM avant la sortie de l'établissement.

Ce livret d'accueil contient toutes les informations pratiques utiles aux patients pendant leur séjour et les informe de leurs droits et obligations.

3.1.4. – Mode d'admission

L'admission au CHIC Castres Mazamet 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'hôpital 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.

3.1.5. – Décision préfectorale

En cas de refus d'admission d'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 Préfet.

3.1.6. – Admissions en urgence

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

3.1.7. – Transfert après premiers secours ou admission

Lorsqu'un médecin de l'établissement constate que l'état d'un malade ou d'un blessé :

- requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquées dans l'établissement ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas,
- ou lorsque l'admission présente, du fait du manque de place, un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier, le Directeur ou son représentant doit déclencher les premiers secours et prendre toutes les mesures nécessaires pour que le malade ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

3.1.8. – Information de la famille

Toutes les mesures utiles doivent être prises pour que la famille des malades ou blessés hospitalisés en urgence soit prévenue par le cadre soignant ou l'infirmier responsable du malade.

3.1.9. – Refus d'hospitalisation d'un malade

Tout malade ou blessé dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement doit signer une attestation traduisant expressément ce refus ; à défaut, un procès-verbal de refus peut être dressé, signé par deux agents.

A l'exception des mineurs et des personnes hospitalisées d'office, les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement. Si le Médecin estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, les intéressés ne sont autorisés à quitter l'établissement qu'après avoir rempli une attestation établissant qu'ils ont eu connaissance des dangers que cette sortie présente pour eux. Lorsque le malade refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus peut être dressé, signé par deux agents.

3.1.10. – Dépôts de valeurs

Les objets personnels, qui ne sont pas des valeurs, sont conservés par le patient sous sa seule responsabilité. Il est conseillé aux patients de n'apporter que des objets de faible valeur, strictement utiles au séjour. Si cela n'est pas possible, la personne hospitalisée est invitée à effectuer le dépôt des sommes d'argent et des objets de valeur qui sont en sa possession auprès de l'administration de l'établissement. Ces dépôts volontaires doivent être effectués auprès du Régisseur de recettes de l'établissement situé aux admissions.

Si le malade ou le blessé est inconscient, un inventaire contradictoire des sommes d'argent et de tous les objets et vêtements dont le malade ou blessé est porteur, est aussitôt dressé et signé par le représentant de l'établissement et l'accompagnant ou à défaut par deux agents. Le dépôt est effectué par le représentant de l'établissement auprès du Régisseur de recettes.

Les valeurs et les objets personnels sont déposés directement auprès du régisseur de l'établissement pendant ses heures de présence ou dans le coffre de transfert, prévu à cet effet, où le régisseur les récupérera le lendemain.

3.1.11. – Gestion des produits ou d'objets illicites découverts sur des patients admis en hospitalisation ou pris en charge aux Urgences

En cas de découverte d'un produit stupéfiant illégal (cocaïne, héroïne, ecstasy, cannabis, etc...) dans les effets personnels d'un patient, ce produit sera remis au Commissariat de Police. L'identité du patient ne sera jamais révélée. Le patient sera informé de la procédure.

En cas de découverte d'une arme dans les effets d'un patient, celle-ci sera remise au Commissariat de Police. L'identité de son détenteur ne sera pas révélée sauf dans le cas où il sera estimé qu'il peut être dérogé au secret au titre de l'article 226-14 du Code Pénal dès lors qu'il sera estimé qu'il existe un danger pour la personne elle-même ou pour autrui.

Le patient sera informé de cette procédure et de sa possibilité de récupérer l'arme au Commissariat de Police.

3.1.12. – Responsabilité de l'établissement

La responsabilité de l'établissement n'est pas engagée lors du vol, de la perte ou de la détérioration des objets non déposés. Elle n'est pas engagée non plus 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.

3.1.13. – Restitution des objets

Les sommes d'argent ou objets de valeur sont restitués au malade soit par le Régisseur de l'établissement (lorsque ceux-ci n'ont pas encore été déposés à la Trésorerie) soit par la Trésorerie Principale, sur présentation du reçu et d'une pièce d'identité, aux heures d'ouverture de ces services.

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 par la Trésorerie Principale, 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.

3.1.14. – Régimes d'hospitalisation

Dans les disciplines qui comportent plusieurs services, les malades ont, sauf en cas d'urgence et compte tenu des possibilités en lits, le libre choix du service dans lequel ils souhaitent être admis.

En règle générale, les patients sont hospitalisés en régime commun (*secteur public*).

Cependant les malades peuvent, à leur demande, être admis au titre de l'activité libérale de certains praticiens. Ce choix doit être formulé par écrit, dès l'entrée, par le malade lui-même ou son accompagnant, après qu'il ait pris connaissance des conditions particulières qu'impliquent ces choix, notamment en ce qui concerne les honoraires médicaux, dont le montant sera fixé par entente directe entre le malade et le praticien, et le supplément de prix de journée appliqué s'il y a lieu.

3.2. – DISPOSITIONS PARTICULIERES

Dans le cadre de la politique d'identitovigilance développée dans l'établissement, avant toute admission en consultation externe ou en hospitalisation, et même dans le cadre d'une arrivée au service des urgences, "il peut être demandé à l'assuré d'attester auprès des services administratifs de son identité (...) par la production d'un titre d'identité comportant une photographie" (art. L.162-21 du code de la sécurité sociale).

Cette disposition est renforcée par la parution de la circulaire du 2 mai 2011 relative à la mise en œuvre de la loi n° 2010-1192 du 11 octobre 2010 interdisant la dissimulation du visage dans l'espace public.

3.2.1. – Consultations externes en activité libérale

Les consultations publiques demeurent la règle générale mais des consultations externes peuvent être effectuées dans le cadre de l'activité libérale que pratiquent certains praticiens hospitaliers. Pour tout acte ou consultation, le patient qui choisit d'être traité au titre de l'activité libérale d'un praticien reçoit, au préalable, toutes indications quant aux règles qui lui seront applicables du fait de son choix.

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 de la prise en charge des frais d'hospitalisation par l'organisme de Sécurité Sociale dont ils relèvent (carte Vitale et attestation).

Sauf cas particuliers déterminés par la réglementation en vigueur, le forfait journalier et éventuellement le ticket modérateur, restent à la charge de l'hospitalisé. Si ce dernier possède une mutuelle, il lui appartient de fournir tout document justifiant cette prise en charge et les conditions de celle-ci. Les bénéficiaires de la CMU (Couverture Maladie Universelle) doivent être munis de leur attestation.

Les bénéficiaires de l'Article L.115 du Code des Pensions Militaires d'Invalidité et des victimes de guerre sont tenus de laisser leur carnet de soins gratuits à la disposition de l'administration de l'établissement pendant leur hospitalisation. Les ressortissants de l'Union Européenne doivent justifier de leurs droits en fournissant les documents nécessaires.

Si le malade admis dans l'établissement ne relève d'aucun organisme social, il est tenu d'acquitter, auprès du Régisseur de recettes de l'établissement ou auprès du Trésorier Principal, le montant d'une provision correspondant à la durée prévue de son hospitalisation. Ce versement doit être effectué à l'admission et viendra en déduction sur le titre de recettes correspondant au séjour.

3.2.3. – Femmes enceintes

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

Dans le cas où l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission, même s'il n'y a pas urgence, s'il n'existe pas de lit vacant dans une maison maternelle du département ou dans celles avec lesquelles le département a passé convention :

- l'admission doit être prononcée,
- le Président du Conseil Départemental doit être informé de cette admission,
- aucune pièce d'identité ne peut être exigée,
- aucune enquête ne doit être entreprise,
- il est demandé à la femme enceinte d'inscrire son identité dans une enveloppe cachetée (en cas de décès par exemple) conservée dans le dossier médical. Cette enveloppe est rendue cachetée à la femme accouchée lors de sa sortie.

3.2.4. – Militaires

En cas d'urgence :

- l'admission est immédiate,
- Le Chef de Corps ou - à défaut - la gendarmerie, doit être informé.
- Dès que l'état de santé de l'hospitalisé le permet, celui-ci est évacué sur l'hôpital des armées ou le Centre Hospitalier mixte le plus proche.

S'il n'y a pas urgence, l'admission se fait à la demande des autorités militaires et dans les conditions fixées par convention entre le Directeur Régional du Service de Santé des Armées et l'établissement.

3.2.5. – Mineurs

Le consentement express et écrit aux soins et aux interventions chirurgicales des mineurs appartient aux détenteurs de l'autorité parentale, père, mère ou tuteur légal. En cas d'urgence, les interventions chirurgicales sont autorisées par la loi, notamment en cas d'impossibilité de joindre les parents. L'urgence de cette intervention sera attestée par la rédaction d'un certificat médical circonstancié, signé par deux médecins. Dans l'hypothèse où il apparaît au médecin que le refus du représentant légal ou l'impossibilité de recueillir son consentement, risque de compromettre la santé ou l'intégrité corporelle du mineur, le médecin responsable du service peut saisir le ministère public de la justice afin de provoquer les mesures d'assistances éducatives permettant de donner les soins qui s'imposent.

L'hôpital assure alors, par délégation l'autorité parentale et doit en assumer la responsabilité tout au long du séjour du mineur à l'hôpital.

L'article L.111-5 du code de la Santé Publique a instauré une innovation par rapport au droit antérieur : le droit d'opposer le secret médical à ses parents. Le mineur peut s'opposer expressément à la consultation des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Dans ce cas, le Médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement 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. 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.

Lorsque le mineur relève d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance, le Directeur ou son représentant adresse sous pli cacheté dans les quarante-huit heures de l'admission au Président du Conseil Départemental (Service Aide Sociale à l'Enfance / à l'attention du médecin PMI du secteur concerné) le certificat confidentiel du Médecin responsable de structure interne indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation.

3.2.6. – Mise sous sauvegarde de justice

Le médecin du service saisit le Procureur de la République et lui demande la mise sous sauvegarde de justice médicale d'un de ses patients. La sauvegarde de justice médicale peut aboutir à la mise sous tutelle ou sous curatelle simple ou renforcée de la personne à protéger.

En cas d'admission ou d'intervention chirurgicale :

- Sur majeur placé sous sauvegarde de justice : ce dernier conservant l'exercice de ses droits, son seul consentement suffit. Le juge des tutelles sera néanmoins informé dans les plus brefs délais, si un mandataire spécial a été nommé.

- Sur majeur bénéficiant d'une tutelle : la tutelle est une mesure judiciaire destinée à protéger une personne majeure et/ou tout ou partie de son patrimoine si elle n'est plus en état de veiller sur ses propres intérêts. Un tuteur la représente dans les actes de la vie civile. Le juge peut énumérer, à tout moment, les actes que la personne peut faire seule ou non, au cas par cas ainsi, il convient de saisir, pour avis, le juge des tutelles, par l'intermédiaire du tuteur.
- Sur majeur sous curatelle : la curatelle est une mesure judiciaire destinée à protéger un majeur qui, sans être hors d'état d'agir lui-même, a besoin d'être conseillé ou contrôlé dans certains actes de la vie civile. La curatelle n'est prononcée que s'il est établi que la mesure de sauvegarde de justice serait une protection insuffisante. L'étendue de la curatelle variant selon la personne à protéger, dans les termes de curatelle simple ou renforcée, il convient de solliciter l'avis du curateur avant d'effectuer tout acte de soin grave.

3.2.7. – Personne de confiance

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.

Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

3.2.8. – Etrangers

Les étrangers doivent, s'ils ne fournissent pas un justificatif de prise en charge, verser une provision correspondant à la durée prévue de leur hospitalisation.

Les patients issus d'un Etat membre de la Communauté Européenne bénéficient des mêmes droits que les assurés sociaux français à condition de présenter l'imprimé obligatoire pour l'obtention de la prise en charge (formulaire E111 ou E112). L'âge de la majorité applicable aux étrangers hospitalisés en France est l'âge de la majorité française : dix-huit ans.

3.2.9. – Malades toxicomanes – Secret de l'hospitalisation et admission

Le malade toxicomane qui se présente spontanément à l'hôpital 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. L'admission et la sortie 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 le Code de la Santé Publique.

3.2.10. – Malades tuberculeux – Admission et séjour

Comme pour les autres patients atteints de maladies transmissibles faisant partie de la liste fixée par le décret du 10 juin 1986, l'admission et le séjour des malades tuberculeux ont lieu dans les conditions prévues par le code de la Santé Publique. L'Agence Régionale de Santé est informée dans les meilleurs délais, sous forme de fiches de renseignements qui lui sont adressées par le médecin. La chambre du malade est désinfectée à sa sortie.

3.2.11. – Admission en psychiatrie

Il n'y a pas de service de psychiatrie au CHIC Castres-Mazamet. Les malades relevant de cette spécialité sont accueillis en cas de nécessité par le service des Urgences qui les oriente vers le CH Lavarat avec lequel une convention a été passée ou vers un autre établissement psychiatrique.

3.3. – CONDITIONS DE SEJOUR

3.3.1. – Horaires des repas – Repas aux accompagnants

Les horaires des repas sont autour des suivants :

- petit-déjeuner : 8h00,

- déjeuner : 12h00,
- dîner : 18h30.

Les accompagnants peuvent bénéficier en pédiatrie et sur les sites d'hébergement d'un repas au tarif déterminé annuellement. Le paiement s'effectue pour l'Hôpital du Pays d'Autan à la borne de paiement située au 3^{ème} étage. Le ticket repas délivré doit être transmis impérativement aux services de soin avant l'horaire indiqué. Pour les sites extérieurs, auprès du service administratif de chaque site. Le délai de prévenance est de 48h.

3.3.2. – Déplacement et comportement des hospitalisés – désordres

Les hospitalisés ne peuvent se déplacer dans la journée hors du service sans autorisation d'un membre du personnel soignant. Ils doivent être revêtus d'une tenue décente. A 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.

Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du malade dans les conditions évoquées précédemment.

3.3.3. – Hygiène à l'hôpital

Des solutions hydro-alcooliques sont à la disposition des soignants et des visiteurs dans le cadre de la lutte contre les infections. Une stricte hygiène corporelle est de règle à l'hôpital, chacun est tenu de l'observer. La présence d'animaux dans l'établissement est interdite à l'exception des chiens guides d'aveugle qui sont autorisés jusqu'aux zones d'attente.

3.3.4. – Effets personnels – Jouets personnels

Les hospitalisés sont tenus d'apporter à l'hôpital :

- leur nécessaire de toilette (brosses 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 personnels dont il doit assumer l'entretien. Les jouets appartenant aux enfants ou qui leur sont apportés ne doivent leur être remis qu'avec l'accord du cadre soignant.

3.3.5. – Interdiction de fumer et de vapoter

En application de l'article L 3511-7 du Code de la Santé Publique, du décret n° 2006-1386 du 15 Novembre 2006 et de la circulaire DGAS/2006/528 du 12 Décembre 2006 ainsi que l'article 28 de la Loi de Santé du 26 janvier 2016, il est strictement interdit de fumer et de vapoter dans tous les locaux du CHIC Castres Mazamet. Dans les EHPAD et USLD, bien que la chambre constitue un espace privatif, l'interdiction s'y s'applique également.

L'interdiction s'applique à tous les professionnels médicaux et non médicaux, tous les usagers et tous les visiteurs de l'Etablissement. Elle concerne l'intégralité des locaux fermés, couverts et terrasses, à l'exception des zones fumeurs identifiées.

En cas de manquement à cette règle, dûment averti, 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.

3.3.6. – Correspondance

Une boîte aux lettres est à la disposition des patients dans le hall d'entrée. Le courrier déposé doit être impérativement affranchi.

3.3.7. – Télévision, Internet et téléphonie/terminaux multimédia

Les chambres sont équipées soit de terminaux multimédia qui permettent l'accès au téléphone, à la télévision et à Internet, soit de télévision et de poste téléphonique. Leur gestion est assurée par le kiosque ouvert du lundi au vendredi de 8h à 12h et de 14h à 19h et les samedis et dimanches de 9h à 19h. En pédiatrie, l'accès aux téléviseurs est gratuit. En aucun cas, les terminaux multimédia ou les télévisions ne doivent gêner le repos du malade ou de ses voisins.

3.4. – TRANSPORTS

Pour les patients hospitalisés, si l'état de santé d'un patient le nécessite, un transport sanitaire peut être prescrit par le médecin à sa sortie vers son domicile (ambulance, véhicule sanitaire léger, voire taxi). Le patient a le libre choix de l'entreprise de transport. Lorsque le transport est à la charge du CHIC, le patient n'a pas le choix du transporteur.

Pour les patients externes aux urgences, les transports au départ du service des urgences vers le domicile ne sont pas remboursables, donc ne seront pas prescrits par les médecins, sauf pour les cas réglementairement décrits (affection de longue durée associée à une déficience ou une incapacité, nécessité médicale pour le patient d'être allongé ou sur surveillance constante, accident du travail ou maladie professionnelle).

3.5 – DECES

3.5.1. – Transport de corps à résidence sans mise en bière

Le transport, sans mise en bière, du corps d'une personne décédée à l'hôpital vers la résidence du défunt ou d'un membre de sa famille doit faire l'objet d'une déclaration préalable écrite auprès du maire de la commune dans laquelle réside le défunt, par l'entreprise de pompes funèbres.

Exceptionnellement, le transport peut être effectué sur réquisition des autorités de police ou de gendarmerie (Code des Communes article R.361-39). L'autorisation du maire est obligatoire pour la fermeture du cercueil au Centre Hospitalier. Elle est subordonnée :

- à la demande 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 de son représentant
- à l'accord écrit du médecin responsable de structure interne (ou de son représentant) attestant, le cas échéant, de la récupération de toute prothèse fonctionnant à pile au cas où la crémation est envisagée,
- à l'accomplissement préalable des formalités prescrites aux articles 78 à 80 du Code Civil (déclaration du décès auprès d'un officier d'Etat Civil).

Les certificats d'agrément de l'entreprise et du véhicule de transport doivent être vérifiés ainsi que le certificat de conformité du compartiment funéraire (arrêté du 1er juin 1989, article 17).

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

- le décès soulève un problème médico-légal,
- l'état du corps ne permet pas un tel transport
- le défunt était atteint, au moment du décès, de l'une des maladies contagieuses fixées par l'arrêté du 20 juillet 1998.

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.

Si la commune du lieu de décès n'est pas celle où le corps doit être transporté, une déclaration préalable au transport de corps avant mise en bière doit être réalisée par l'entreprise de pompes funèbres à la mairie de départ et à la mairie d'arrivée.

Le transport à résidence doit être effectué et terminé dans un délai maximum de 48 heures à compter du décès sans obligation de soins de conservation.

3.5.2. – Transfert de corps en chambre funéraire sans mise en bière

Le transport en chambre funéraire doit intervenir dans un délai maximum de 48 heures à compter du décès sans obligation de soins de conservation. Ce transport 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 arrêté.

L'admission a lieu sur demande écrite :

- soit de toute personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles et qui justifie de son état civil et de son domicile,
- soit du Directeur de l'établissement.

Si le corps doit être transporté dans une chambre funéraire hors de la commune où est survenu le décès, une déclaration préalable au transport de corps avant mise en bière doit être réalisée par l'entreprise de pompes funèbres à la mairie de départ et à la mairie d'arrivée.

Ces dispositions ne visent que les transports dans une chambre funéraire autre que la chambre mortuaire de l'établissement hospitalier où est survenu le décès.

3.5.3. – 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 cette personne était porteuse d'une prothèse renfermant des radioéléments ou une pile, un médecin fait procéder à la récupération de l'appareil avant mise en bière. Le transport de corps après mise en bière ne peut être effectué que par un service ou une entreprise agréée. La personne qui pourvoit aux funérailles a le libre choix de l'entreprise. Une déclaration préalable de transport de corps après mise en bière doit être réalisée par l'entreprise de pompes funèbres à la mairie de départ et à la mairie d'arrivée.

3.5.4. – Prélèvements d'organes

Le CHIC Castres-Mazamet possède une équipe de Prélèvements multi-organes et tissus qui organise le repérage d'un donneur potentiel et l'accompagnement de son entourage. Il adhère au réseau de prélèvements d'organes de la région Occitanie.

3.5.5. – Autopsie - Inhumation

3.5.5.1. - Autopsie

Les autopsies ne sont pas pratiquées au Centre Hospitalier Intercommunal Castres-Mazamet. Si le cas se présente, le corps du défunt est transporté dans un Institut Médico-Légal.

3.5.5.2. – Inhumation

Lorsque dans un délai de 10 jours au maximum, le corps n'a pas été réclamé par la famille ou les proches, l'hôpital de CHIC Castres-Mazamet fait procéder à l'inhumation dans les conditions compatibles avec l'avoir laissé par le défunt. Si ce dernier n'a rien laissé, l'hôpital applique les dispositions concernant les indigents. S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation est effectuée en accord avec l'autorité sanitaire compétente.

Les conditions dans lesquelles les frais d'inhumation et d'obsèques des différentes catégories d'hospitalisés sont pris 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 et notamment l'article 464 du Code d'Administration Communale.

3.5.6 – Facturation des frais de séjour en chambre mortuaire

Conformément au décret n° 97-1039 du 14 novembre 1997, des frais de dépôt sont facturés. Le dépôt et le séjour en chambre mortuaire sont gratuits les trois premiers jours suivant le décès. Les tarifs sont arrêtés annuellement par le Directeur d'établissement et affichée dans le hall d'accueil de la chambre mortuaire.

Pour les personnes décédées et faisant l'objet d'une procédure de réquisition : la facturation au tribunal compétent est établie dès le premier jour. A partir de la réception du permis d'inhumer, la famille bénéficie de la gratuité du séjour pendant les 3 jours, pour les personnes décédées sans famille ni avoir permettant de prendre en charge les opérations funéraires (dispositions concernant les indigents) : la gratuité du séjour s'étend jusqu'au 10ème jour de présence du défunt.

Un contrat de séjour est signé à chaque entrée en EHPAD ou USLD contenant un règlement de fonctionnement (**annexe 1**). Toute modification est soumise à l'avis du Conseil de Vie Sociale.

4. DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

4.1. – DROITS ET DEVOIRS

4.1.1.- *Continuité du service*

Les agents, quelle que soit leur fonction, sont tenus de se conformer aux horaires qui leur sont indiqués dans le planning ou le tableau de leur service, de manière à assurer la continuité du service public hospitalier.

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

Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent. Le caractère de service public hospitalier justifie, en cas de grève, le recours au service minimum. Le Directeur a le droit d'assigner au service des agents jusqu'à atteindre l'effectif indispensable au fonctionnement minimum du service, préalablement défini dans le planning type. Les agents désignés sont tenus de se conformer à cette assignation.

La continuité du service en cas de grève est organisée dans le cadre d'une procédure définissant un effectif minimum, soumise pour avis au Comité Technique d'Etablissement. Elle est disponible sur Intranet.

De même, un système d'astreinte est mis en place dans l'établissement dans plusieurs services (transport, informatique, scanner, stérilisation, services techniques et bloc opératoire).

4.1.2.- *Assiduité et ponctualité*

Il est impératif de prendre ses fonctions à l'heure prévue, notamment dans les services de soins, et de ne quitter le service que lorsque la relève est présente, la prise en charge des malades devant être assurée de façon continue.

Durant le temps de travail, l'agent qui doit s'absenter, pour des événements familiaux notamment, sollicite une autorisation d'absence auprès de son responsable de service qui, si la nécessité du fonctionnement du service le permet, l'accorde et le signale à la Direction des Ressources Humaines. En l'absence de cette autorisation, l'agent peut être considéré en situation d'absence irrégulière.

En cas d'impossibilité de prendre son travail comme prévu au tableau de service, l'agent doit, au plus tôt, avertir au préalable le responsable de service (durant les week-ends l'agent, l'agent doit prévenir le cadre de santé de permanence) et remettre les justificatifs à la Direction des Ressources Humaines dans un délai de 48 heures. A défaut, l'agent peut être considéré en situation irrégulière.

Avant de prendre un congé annuel, un congé exceptionnel ou une récupération, l'agent doit impérativement solliciter une autorisation de l'employeur.

4.1.3.- *Devoir d'obéissance - Exécution des ordres reçus*

Tout fonctionnaire et personnel 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 est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement l'intérêt public.

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. L'application de cette disposition ne peut naturellement faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par dispositions législatives, ni être en contradiction avec le paragraphe précédent.

4.1.4.- *Protection des professionnels*

Le CHIC Castres-Mazamet est tenu de garantir le respect des droits de ses agents à être protégés par leur employeur.

Il existe une protection dans le cadre de dommages causés à des tiers pendant leur exercice professionnel et une protection en cas d'outrages, injures ou dommages subis du fait d'un tiers dans l'exercice de leurs fonctions. Un tableau récapitulatif du droit à la protection fonctionnelle est disponible sur Intranet. Au CHIC Castres Mazamet, un dispositif de déclaration de signalement de situation d'agressivité a été mis en place via ENNOV.

Le CHIC Castres Mazamet propose en outre un accompagnement psychologique à tous les professionnels par la présence d'une psychologue rattachée au service de santé de travail et par la possibilité de prise en charge de séances avec un psychologue extérieur.

4.1.5 - Diffusion d'informations concernant les incidents

Tout agent qui aurait pris connaissance, dans l'exercice de ses fonctions, d'un incident ou d'un dysfonctionnement de nature à compromettre la bonne exécution des missions du service public hospitalier, doit en informer sans délai son supérieur hiérarchique et/ou toute personne compétente afin de le résoudre, dans le respect des procédures en vigueur dans l'établissement, notamment en matière de signalement d'évènements indésirables.

Les agents ont la possibilité d'informer le CHSCT des incidents ou accidents. Le CHSCT, outre les réunions trimestrielles, est réuni à la suite de tout accident ayant entraîné ou ayant pu entraîner des conséquences graves ou à la demande motivée de deux de ses membres représentants du personnel.

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

Le personnel doit veiller à conserver en bon état les locaux, matériels, effets et objets de toute nature mis à disposition par le Centre Hospitalier. Il peut être exigé un remboursement des dommages commis. Ce remboursement peut être assorti d'une sanction disciplinaire en cas de dégradation volontaire ou de négligence caractérisée.

4.1.7.- Interdiction des comportements vénaux dans le cadre de l'exercice professionnel

Le service rendu au malade et à ses proches relève de la mission du service public hospitalier. Le personnel ne saurait avoir ni intention, ni entreprendre aucune manœuvre auprès du patient et de sa famille, qui aboutirait à lui procurer un gain ou un quelconque avantage. En cas contraire, il serait passible de sanction disciplinaire et/ou pénale.

Le personnel du Centre Hospitalier n'est pas davantage autorisé à accepter des pourboires ou présents en rémunération des services rendus au patient.

4.1.8.- Identification du personnel

Une identification du personnel a été instituée sur les badges pour le personnel, selon les informations nominatives établies par la Direction des Ressources Humaines. Il convient que tout agent respecte ce principe d'identification.

4.1.9.- Tenue vestimentaire de travail, comportement et principe de laïcité

Lorsque le personnel est concerné par une tenue vestimentaire réglementaire, il lui est fait obligation de la porter durant le service et de la quitter hors des heures de service. Il en est de même pour les chaussures. Le port de cette tenue au self et en dehors de l'enceinte de l'établissement, n'est pas admis (sauf SMUR et Urgences).

Chaque agent est responsable des tenues qu'il utilise.

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

Une tenue irréprochable dans l'habillement, comme dans le langage, est exigée de l'ensemble du personnel. La familiarité à l'égard des malades est formellement proscrite.

En application du principe de laïcité de l'Etat et de neutralité des services publics, il est interdit au personnel, dans l'exercice de ses fonctions, de manifester son appartenance à une religion quelle qu'elle soit, notamment par une extériorisation vestimentaire.

Le principe de neutralité religieuse n'est pas opposable aux professionnels employés en qualité d'aumônier quelle que soit leur confession dès lors qu'ils respectent la volonté des patients.

4.1.10.- Lutte contre le bruit

Chaque membre du personnel doit contribuer, par son comportement, à lutter contre le bruit, en particulier la nuit, dans les services de soins. L'agitation, les éclats de voix, l'utilisation de chaussures bruyantes, la fermeture intempestive des portes doivent être évités, pour préserver la tranquillité due aux patients.

4.1.11.- Dispositions relatives au tabac, à l'alcool et aux stupéfiants sur les lieux de travail

Le personnel n'est pas autorisé à fumer dans l'enceinte de l'établissement. Il en est de même de la pratique du « vapotage ».

Le personnel ne doit pas introduire, ni consommer de boissons alcoolisées ou de stupéfiants dans l'enceinte de l'hôpital. Il est interdit à tout responsable hiérarchique, de laisser introduire et de laisser distribuer des boissons alcoolisées ou des stupéfiants.

Tout professionnel, quel que soit son métier ou son grade, en état apparent d'ébriété ou sous l'emprise de drogue sera retiré de son poste de travail. En cas de manquement à cette règle, la Direction se réserve le droit d'engager toute procédure à l'encontre du professionnel concerné.

Tout professionnel qui constate qu'un autre professionnel est dans un état ou présente un trouble du comportement tel que son exercice professionnel est susceptible de mettre en danger des patients, des usagers de l'établissement au sens large du terme, des professionnels de l'établissement ou de porter atteintes aux locaux, doit en référer immédiatement à son supérieur hiérarchique et, en son absence, à la Direction de l'établissement ou à l'administrateur de garde.

4.1.12.- Relations avec les usagers

Pendant le service, le personnel ne doit tenir, en présence des patients ou des visiteurs, aucun propos de nature à troubler le climat de sécurité, de calme et de sérénité indispensable à la vie en milieu hospitalier. Le personnel s'efforcera d'assurer aux patients dont il a la charge le maximum de confort physique et moral.

Tout professionnel doit s'abstenir dans ses relations avec les usagers de tout propos ou attitude ayant une connotation politique, syndicale ou confessionnelle.

4.1.13.- Secret professionnel

L'ensemble du personnel hospitalier est tenu au secret professionnel : il est interdit à toute personne qui en est dépositaire de dévoiler en dehors du service et de l'hôpital, toute information concernant le patient, sa vie privée, son traitement sous peine de sanctions administratives et pénales.

Cependant, le Directeur ou son représentant peut délier l'agent de cette obligation au profit d'un juge d'instruction ou d'un officier de police judiciaire agissant sur commission rogatoire du magistrat, qui, seuls, peuvent requérir la délivrance de certificats ou la saisie de dossier dans les conditions fixées par la loi.

En l'absence d'opposition des malades, les indications d'ordre médical ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions fixées par le Code de déontologie ; les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être donnés par les cadres soignants.

Toute communication à des personnes étrangères à l'établissement, et notamment à des journalistes, agents d'assurance ou démarcheurs, est rigoureusement interdite.

4.1.14- Obligation de discrétion professionnelle

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les agents hospitaliers sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle pour tout ce qui concerne les faits, les 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 personnels 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, photographes, agents d'assurance et démarcheurs.

4.1.15.- Utilisation de l'outil informatique

Une charte d'utilisation des ressources informatiques définit les règles d'utilisation des moyens informatiques mis à disposition du personnel du Centre Hospitalier (cf supra chapitre 1-9).

4.1.16.- Utilisation du téléphone portable personnel

L'usage du téléphone portable à titre privé doit être strictement réservé aux situations d'urgence. Cet usage exceptionnel n'est autorisé que dans lieux affectés au repos, notamment pour les personnels en contact avec les patients.

4.1.17. Obligation de formation continue à la sécurité incendie

L'ensemble des personnels du Centre Hospitalier, en service de jour ou de nuit, a l'obligation de suivre annuellement les formations à la sécurité incendie organisées par l'établissement. L'encadrement est chargé de veiller au respect de cette obligation et de contribuer à sa mise en œuvre par une planification régulière des agents, en concertation avec le service de formation continue.

4.1.18.- Interdiction des réunions publiques au Centre Hospitalier

Les réunions publiques sont interdites au Centre Hospitalier, sauf autorisation expresse du Directeur ou de son représentant.

4.2. - ORGANISATION ET AMENAGEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL DU PERSONNEL NON MEDICAL

4.2.1. - Durée annuelle

La durée annuelle de travail maximale fixée à 1607 heures. Elle est réduite selon la réglementation :

- Pour les personnels à repos variables qui travaillent entre 10 et 19 dimanches et fériés dans l'année.
- Pour les personnels à repos variables qui travaillent 20 dimanches et fériés et plus.
- Pour les personnels à repos fixes.
- Pour les personnels de nuit.

4.2.2. - Durée quotidienne

La durée de la journée a été définie dans l'Accord Local, et est fixée, en règle générale à 7H40, 7h30, ou 8h pour les personnels de jour, 9h50 pour les personnels de nuit ou 12h pour certains services identifiés. Les temps de pause et de repas sont compris pour les agents en poste continu de plus de 6 heures. L'organisation est définie dans l'Accord Local qui est disponible sur le site Intranet.

4.2.3.- Le suivi du temps de travail

La gestion du temps de travail est informatisée sur le logiciel AGILETIME.

Chaque agent a un planning individuel informatisé qui est paramétré en fonction du profil agent, de son unité d'affectation, et en fonction du référentiel de gestion du temps décliné des dispositions réglementaires. Le Cadre responsable de service est chargé de l'élaboration des plannings et de leur mise à disposition. Les compteurs d'heures sont fournis aux agents régulièrement.

4.2.4.- Les heures supplémentaires

Elles font l'objet en fonction des nécessités du service d'un système de récupération. Elles peuvent faire l'objet sous certaines conditions d'une rémunération. Ce dispositif est soumis à l'avis du CTE.

4.2.5.- Les décharges syndicales

Les autorisations spéciales d'absence accordées au titre des articles 13, 15 et 15-1 du décret n° 86-660 du 19 mars 1986 font l'objet d'une demande de l'intéressé auprès de leurs cadres de proximité sur présentation de l'original de la convocation établie par l'autorité syndicale qui le mandate pour y participer.

Les décharges d'activité de service dont sont bénéficiaires les agents nominativement désignés de l'établissement sont intégrées dans le planning du service auquel est rattaché l'agent (article 16 du décret n°86-660 du 19 mars 1986).

4.2.6.- Cumul d'activités

Conformément au décret n° 2007-658 du 2 mai 2007 relatif au cumul d'activités des fonctionnaires et des agents non titulaires de droit public, il existe 3 formes de cumul possibles :

1. Le cumul d'activités à titre accessoire : expertise, enseignement et formation, activité agricole, travaux urgents de sauvetage, travaux ménagers peu importants chez un particulier, aide à domicile d'un proche, conjoint collaborateur, mission d'intérêt général.

L'exercice de cette activité à titre accessoire est subordonné à la délivrance d'une autorisation par l'autorité dont relève l'agent au titre de son activité principale.

2. Le cumul d'activité au titre de la création, de la reprise et de la poursuite d'activités au sein d'une entreprise : l'agent qui souhaite créer ou reprendre une entreprise quelle qu'en soit la forme juridique doit en faire la demande écrite au moins deux mois avant à l'autorité compétente qui saisit pour avis la commission de déontologie chargée de contrôler la compatibilité des projets.

Cette activité peut être exercée pour une durée maximale de 1 an renouvelable une fois et peut être interrompue à tout moment sur demande de l'employeur.

3. Cumul d'activités applicable à certains agents à temps non complet : les agents contractuels de droit public à temps non complet peuvent exercer une activité privée lucrative dans des conditions compatibles avec leurs obligations de service et sous réserve de l'accord de l'autorité. Celle-ci peut à tout moment s'opposer à la poursuite de l'exercice de cette activité privée. La durée totale de travail ne pourra pas excéder un emploi à temps complet.

La Fonction Publique Hospitalière ne dispose pas d'emploi non complet.

4.2.6.- Le Compte Epargne Temps

Il est géré en application des décrets 2002-788 du 3 mai 2002, 2012-1366 du 6 décembre 2012 et de l'arrêté du 6 décembre 2012. Le compte épargne-temps est activé à la demande de l'agent.

Il est alimenté au moyen d'un imprimé, disponible sur Intranet. Ce document doit être transmis à la Direction des Ressources Humaines pour validation, pour le 30 mars de l'année n+1, au plus tard. Une note d'information rappelle chaque année aux agents la procédure à suivre.

4.3. – DIVERS

4.3.1.- Livret d'accueil

Le livret d'accueil est remis aux agents lors de leur recrutement. Une version dématérialisée est disponible sur le site Intranet de l'Etablissement

4.3.2.- Consultation du dossier administratif

Tout agent qui le souhaite, peut prendre connaissance de son dossier administratif. Il en formule la demande par écrit, auprès du Directeur des Ressources Humaines, qui fixe une date pour la consultation. Il peut obtenir une copie de tout ou partie des documents versés à son dossier.

4.3.3.- Effets et biens personnels

Chaque agent est responsable de ses effets et biens personnels.

Tout vol, perte ou dégradation de valeurs, argent ou objets divers ne pourra faire l'objet d'une mise en cause de la responsabilité de l'établissement.

L'établissement met à la disposition du personnel pour lequel le port d'une tenue vestimentaire est obligatoire, un casier individuel (cadenas non fourni). A son départ (temporaire ou définitif), l'agent vide son casier et le remet à la disposition de l'administration. A défaut, cette dernière pourra faire ouvrir le casier par le service intérieur en présence d'un cadre de direction ou de l'administrateur de garde.

4.3.4.- Restaurant du personnel

Un restaurant du personnel est ouvert les jours ouvrés de 12h00 à 14h00. Les tenues professionnelles ne sont pas autorisées dans cette enceinte. Le prix des prestations fournies est fixé chaque année et affiché.

4.3.5.- Covoiturage

Tous les professionnels réalisant du covoiturage sont invités à la signifier à la Direction des Ressources Humaines par une simple déclaration co-signée indiquant le nom du conducteur et de ses collègues bénéficiant du covoiturage avec leurs adresses. Cette procédure vise à sécuriser les agents par rapport aux éventuels accidents de la route sur le trajet domicile-travail et aux détours qu'ils seraient conduits à réaliser dans le cadre d'un co-voiturage.

4.3.6.- Accident causé par des tiers

Les professionnels victimes d'accidents causés par des tiers (accident de travail ou accident de la vie privée) sont invités à le déclarer à la Direction des Ressources Humaines afin de permettre l'engagement de la procédure de recours contre tiers à l'encontre de la compagnie d'assurance du tiers responsable.

4.3.7.- Interdiction de tout démarchage au sein de l'établissement

Hormis naturellement les visiteurs médicaux et les personnes qui disposent d'une autorisation préalable acquise après entente avec l'Amicale des Hospitaliers pour tenir un stand au 3^{ème} étage, l'intervention au sein de l'établissement de toute société voulant présenter ses produits est strictement prohibée sauf autorisation expresse de la Direction.

5. REGLES DE SECURITE, DE STATIONNEMENT ET DE CIRCULATION DANS LE C.H.

5.1. - OBLIGATIONS GENERALES

Le service public est soumis à une obligation générale de neutralité et de laïcité. L'ensemble des personnels et des visiteurs est soumis à cette obligation.

5.2. – SECURITE DES PERSONNES ET DES BIENS

L'Établissement est équipé d'un système de vidéosurveillance agréé par la Préfecture, relié au PC Sécurité. Les images enregistrées sont conservées 1 mois.

Des missions de sécurité et de surveillance sont confiées à une société spécialisée. Celle-ci assure des tournées sur le site, une vérification des issues et un accompagnement éventuel des personnels.

5.2.1 - Sécurité Générale

5.2.1.1.- Accès à l'hôpital

L'accès de l'établissement est réservé à ceux qui y sont appelés par leurs fonctions, par leurs nécessités de soins, et aux personnes qui se rendent au chevet d'un hospitalisé aux heures de visite.

Les seules issues du Centre Hospitalier libres d'accès à toute personne sont l'entrée du service des urgences et le hall d'accueil. Toutes les autres issues sont contrôlées par un système d'accès par badge dont chaque agent hospitalier est détenteur et qui lui permet, en fonction de ses activités et des droits associés dans l'établissement d'y accéder par un accès déterminé.

Au recrutement, un badge est délivré gratuitement à l'ensemble du personnel. En cas de perte ou de destruction, elle est remplacée contre paiement de 15 €.

5.2.1.2.- Les produits illicites et alcool

La détention illicite de produits stupéfiants est une infraction pénale punie et réprimée par l'article 222-57 du Code Pénal. L'introduction de produits stupéfiants dans l'enceinte des différents sites du Centre Hospitalier est strictement interdite.

Toute découverte de stupéfiants fera l'objet d'une remise aux autorités compétentes (police, gendarmerie) sans que l'identité du patient qui les détient ne soit révélée.

5.2.2. - Sécurité technique

La gestion et la maintenance des installations techniques sont assurées par les services techniques.

Les installations nécessitant des compétences techniques particulières sont déléguées, par contrats, à des entreprises qualifiées ou agréées (ascenseur et monte malade, détection incendie, etc ...). Les services techniques vérifient dans ce cas que les maintenances et interventions prévues au contrat soient bien effectuées. La permanence de la sécurité technique est assurée par le PC sécurité qui fonctionne H24 et peut être assisté par un agent d'astreinte pour les sites extérieurs. Des formations sont systématiquement organisées lors de l'installation de matériels nouveaux et chaque fois que nécessaire pour les installations sensibles ou indispensables à la sécurité (groupes électrogènes, chaudières, détection incendie, etc ...). Il est interdit d'utiliser un matériel électrique personnel sans autorisation des services techniques.

L'ensemble des matériels concourant à la sécurité générale de l'établissement est vérifié suivant une périodicité et des modalités définies dans le plan de maintenance des installations techniques.

Le registre de sécurité incendie est à la disposition des autorités compétentes au secrétariat des services techniques.

5.3. – VOIES DE CIRCULATION, REGLES DE CIRCULATION ET STATIONNEMENT

5.3.1. - Application du code de la route

Les voies de desserte établies dans l'enceinte de l'hôpital du CHIC Castres-Mazamet constituent des dépendances du domaine public de l'établissement. A ce titre, elles sont strictement réservées à la circulation du personnel et des usagers du Service Public Hospitalier.

Certaines voies sont exclusivement réservées aux pompiers.

Les dispositions du code de la route, matérialisées par une signalisation adéquate sont applicables dans l'enceinte du CHIC. La vitesse est limitée à 30 km/heure. Les conducteurs de véhicules sont tenus d'éviter les comportements générateurs de bruits.

5.3.2. – Stationnement

Le stationnement dans l'enceinte de l'hôpital est interdit en dehors des emplacements matérialisés. Des aires de stationnement sont en outre réservées à certains personnels. Il existe également des emplacements matérialisés par un logo (couleur bleue) réservés aux personnes à mobilité réduite. Les stationnements « bloquants » feront directement l'objet d'un recours aux forces de l'ordre. Le sas des Urgences n'est pas un lieu de stationnement.

5.3.3. – Responsabilité

L'autorisation de circuler et de stationner est une simple tolérance de l'établissement. Elle ne saurait en rien engager la responsabilité du CHIC Castres Mazamet, notamment en cas d'accident de la circulation, de vol de véhicule ou d'accessoires, ou de dégradations.

5.3.4. – Sanctions

La Direction du Centre Hospitalier se réserve le droit de faire appel aux forces de police, à la fourrière, ou de faire déplacer elle-même, sans mise en demeure préalable, les véhicules dont le stationnement entraverait gravement la circulation, mettrait en péril la sécurité des personnes ou des biens et, de manière générale, compromettrait le fonctionnement du Service Public Hospitalier, ainsi que tout véhicule abandonné ou à l'état d'épave.

Sous la responsabilité du Directeur, les services techniques les agents de la société de sécurité et de surveillance sont chargés de veiller au respect des prescriptions énoncées ci-dessus. Le refus opposé par toute personne à leurs injonctions est susceptible d'entraîner des poursuites.

Fait à Castres, le 11 juin 2020

Le Directeur du CHIC Castres-Mazamet



Philippe PERIDONT

Règlement des Technologies de l'Information et des Communications

Document validé en CME le 16/11/2021, en CTE le 12/10/2021
et en conseil de surveillance le 13/10/2021

	Rédaction	Validation du contenu	Approbation de la forme
Nom(s) et Fonction(s) Date de signature	Eric BODILIS (Responsable Sécurité du Système d'Information), Jean- Christophe STEINBACH (Directeur du Système d'Information) 18/01/2022, 05/01/2022	Céline ISSALIS (DA chargé du Département Qualité - Hygiène - GDR), Philippe PERIDONT (Directeur) 18/01/2022, 26/01/2022	Christelle PUGINIER (Ingénieur qualité & gestion des risques) 05/01/2022

Table des matières

I - INTRODUCTION	2
II - CHAMP D'APPLICATION	2
III - CONDITIONS D'ACCES AUX SYSTEMES D'INFORMATIONS	2
IV - USAGE DES MOYENS INFORMATIQUES ET DE COMMUNICATIONS	3
V - ACCES AUX SYSTEMES	4
1. INFORMATIQUE FIXE ET TELEPHONIE	4
2. INFORMATIQUE MOBILE	4
3. MESURES DE SECURITE	4
4. BYOD	5
5. MESSAGERIE ELECTRONIQUE	5
6. ZONES D'ECHANGES	6
7. INTERNET	6
8. DONNEES A CARACTERE PERSONNEL	7
9. LES DONNEES DE SANTE A CARACTERE PERSONNEL	7
10. CONTROLES ET AUDITS	8
11. LOGICIELS ET SERVICES EN LIGNE	8
12. VIDEOSURVEILLANCE ET CONTROLE D'ACCES AUX LOCAUX	9
13. ACCES DISTANT ET TELETRAVAIL	9
VI - RESPONSABILITE ET SANCTIONS	10

Abréviation	Définition
TIC	Technologies de l'Information et de la Communication
SI	Système d'Information
Firewalling	Mur pare-feu pour protéger les équipements et informations
CNIL	Commission Nationale Informatique et Liberté
RGPD	Règlement Européen sur la Protection des Données Personnelles (08/2018)
DPO	Data Protect Officer (Responsable de la sécurité des données personnelles)
Laptop	Ordinateur portable
LSF	Loi sur la Sécurité Financière
ARS	Agence Régionale de Santé
Centre Hospitalier	Représente le CHIC Castres Mazamet et/ou le CH de Revel

I - INTRODUCTION

Le règlement d'utilisation des Technologies de l'Information et de la Communication (Règlement TIC) est un complément au Règlement Intérieur. C'est un document majeur, qui a pour but de rappeler les règles essentielles de bonnes utilisations des ressources informatiques. Tout utilisateur (professionnel hospitalier ou stagiaire) se doit de les connaître et de les respecter dans le cadre de ses activités.

Il tend à établir un équilibre entre la préservation naturelle des intérêts de l'employeur et de l'employé, qui est également utilisateur de ce système pour un usage personnel de manière loyale, raisonnable et proportionnée. Le Centre Hospitalier met à disposition de ses utilisateurs un ensemble d'équipements (ordinateurs, imprimantes, téléphones, ...) et d'applications (messagerie, internet, bases de données, ...) pour l'accomplissement de leurs missions.

Les risques liés à l'utilisation de ces technologies sont multiples (vol, détournement, usurpation, piratage, ...). Pour les limiter, il convient de s'appuyer sur des moyens techniques et organisationnels, sur une utilisation appropriée de ces outils de travail tout en exerçant une vigilance au quotidien.

Ainsi, le présent règlement TIC s'inscrit dans le respect des bonnes pratiques, des textes de lois et vise à définir :

- les règles de bonnes conduites et d'utilisation des matériels d'information et de communication au Centre Hospitalier
- les droits et les devoirs des utilisateurs et de la Direction du Centre Hospitalier
- les modalités de contrôle liées à l'utilisation des outils TIC.

II - CHAMP D'APPLICATION

Le règlement concerne tous les utilisateurs, c'est-à-dire toute personne physique, quel que soit son statut (salarié, intérimaire, stagiaire, prestataire, sous-traitant...), autorisée à faire usage des systèmes d'informations et /ou de communications du Centre Hospitalier (y compris ceux dont le Centre Hospitalier autorise l'accès à distance directement ou en cascade), qu'ils soient utilisés sur le lieu de travail, en déplacement ou au domicile. Une note d'information viendra informer la Communauté Hospitalière de l'adoption de ce règlement intérieur qui sera accessible sur l'intranet et qui fera l'objet d'un affichage dans tous les sites du CHIC Castres-Mazamet.

III - CONDITIONS D'ACCES AUX SYSTEMES D'INFORMATIONS

L'accès aux ressources informatiques et de télécommunications du Centre Hospitalier est conditionné par le respect des termes de ce règlement.

Les accès informatiques et téléphoniques sont personnels et incessibles, ils cessent avec la disparition des raisons qui ont motivé leur attribution. Ils sont limités aux activités professionnelles définies dans le cadre de la mission de l'utilisateur.

Par ailleurs, l'étendue des ressources, les accès informatiques et de télécommunication auxquels les utilisateurs ont accès peuvent-être limités en fonction des besoins réels et des contraintes imposées par le partage des ressources avec d'autres utilisateurs.

L'accès peut être suspendu par mesure conservatoire de l'autorité hiérarchique, si le comportement d'un utilisateur n'est plus compatible avec les règles énoncées dans le présent règlement.

IV - USAGE DES MOYENS INFORMATIQUES ET DE COMMUNICATIONS

Afin d'assurer un niveau de sécurité dans le système d'information et de maintenir la confiance de tous dans le Système d'Information (SI) du Centre Hospitalier, il est impératif de respecter les règles suivantes :

- 1) Ne pas porter atteinte, directement ou indirectement, volontairement ou par négligence aux éléments composants les systèmes d'informations (réseaux, matériels, logiciels, etc.).

Ceci afin d'assurer :

- la disponibilité des systèmes (aptitude des systèmes à remplir une fonction dans des conditions prédéfinies d'horaires, de délais et de performances).
 - l'intégrité des données (propriété qui assure que des informations sont exhaustives et exactes, non modifiées, altérées par une action volontaire ou pas).
 - la confidentialité des informations (la tenue au secret des informations avec des accès contrôlés, aux seules personnes autorisées).
 - la traçabilité (la possibilité de retrouver la trace d'une action ou d'un événement) dans les systèmes (auditabilité), avoir la connaissance de qui a fait quoi et quand en cas d'incidents.
- 2) Veiller à ne pas se mettre personnellement, ni mettre le Centre Hospitalier, en infraction vis-à-vis de la législation et notamment, sur les textes suivants :
 - Loi sur la « protection des logiciels » (loi 85-660 du 3/7/85) qui interdit notamment toute reproduction ou utilisation non autorisée d'un logiciel.
 - Loi « Godfrain » du 5 janvier 1988 (art 323 - 1 à 323 - 7 du code pénal) qui interdit d'accéder, de se maintenir frauduleusement, d'entraver ou de fausser un système de traitement automatisé de données.
 - Loi « informatique et libertés » (loi 78-17 du 6/1/1978) qui encadre l'utilisation de fichiers et de traitements de données personnelles.
 - RGPD (25/05/2018) qui est le Règlement Européen sur la Protection des Données Personnelles.
 - Loi « LOPSI2 » (loi du 20/01/2011) qui réprime le fait d'avoir usurpé l'identité d'une personne et si cela peut porter atteinte à son honneur, sa considération.
 - Loi « HADOPI2 » (loi du 22/09/2009) sur la propriété littéraire et artistique, qui peut entraîner la coupure de la liaison d'accès à internet suite à un téléchargement illicite.
 - « Code de la santé publique » L1110-4 (17/01/2018) sur les informations sensibles échangées uniquement entre professionnels de la même équipe de soins participants à la prise en charge du patient.
 - 3) Ne pas essayer d'accéder ou de faire accéder à tout ou partie du Système d'Information sans y être autorisé.
 - Des cloisonnements entre les réseaux et systèmes sont mis en place pour limiter la propagation de codes malveillants ou toutes tentatives d'intrusion dans le cœur du réseau.
 - 4) Ne pas entraver par quelque moyen que ce soit le niveau de sécurité mis en place dans le Système d'Informations.
 - Ne pas désactiver l'antivirus sur le poste de travail, ni tenter de contourner le filtrage applicatif (firewalling) dans le réseau interne, ni le filtrage des URL (les sites web), ni tout autre système mis en place par le Centre Hospitalier.

- 5) Se rappeler que les autorisations d'accès au Système d'Information doivent correspondre aux fonctions exercées et uniquement à celles-ci.
 - Le Service Ressources Humaines n'a pas besoin d'accéder à la zone d'échange du Service de Médecine Gériatrique et vice versa, par exemple. Une zone d'échange dite « Commun-R » est prévue à cet effet.
- 6) Ne pas mettre en place de nouveaux traitements de données à caractère personnel sans l'aval du DPO.
 - Si dans l'accomplissement de son travail l'utilisateur est amené à constituer des fichiers relevant de loi informatique et liberté, il devra auparavant en avoir fait la demande au DPO et en avoir reçu l'autorisation. Il peut se rapprocher à tout moment du Service Informatique pour obtenir de l'aide.

L'absence de respect de ces différentes dispositions est susceptible de justifier l'engagement de la responsabilité civile, pénale et disciplinaire du professionnel concerné.

V - ACCES AUX SYSTEMES

L'accès aux ressources informatiques du Centre Hospitalier est protégé par un identifiant et un mot de passe. Cet accès est personnel et inaccessibles, lié et adapté aux droits en fonction des besoins métiers. Chaque utilisateur est responsable de l'utilisation qui est faite de son compte. Le mot de passe doit rester confidentiel car il est personnel (comme le code de sa carte bleue) et ne doit en aucun cas être transmis à qui que ce soit, même au Service Informatique pour des besoins de maintenance ou autres.

1. Informatique Fixe et Téléphonie

La configuration des postes de travail est de la responsabilité du Centre Hospitalier. Elle doit pour des raisons d'exploitation et de maintenance être maîtrisée sur l'ensemble du parc avec des configurations stables.

Tout utilisateur s'engage à ne pas effectuer d'opérations qui pourraient avoir pour conséquences :

- La modification du fonctionnement, du paramétrage ou des caractéristiques de son poste de travail informatique, de son système téléphonique et des périphériques associés (installation de nouveaux matériels, logiciels même gratuits, installation d'imprimantes, ...).
- D'interrompre même temporairement le fonctionnement de tout système et paramétrage de celui-ci.
- D'utiliser ou de développer des outils mettant sciemment en cause l'intégrité des systèmes.

2. Informatique et téléphonie mobiles

Les ordinateurs portables et les téléphones mobiles doivent répondre au minimum aux mêmes exigences que les postes de travail (fixes). Les utilisateurs doivent prendre leurs dispositions afin de s'assurer de :

- Leur protection physique
- Leur protection contre le vol (possibilité de fournir un câble antivol et un filtre écran pour les laptop)
- Leur non utilisation et connexion au réseau du Centre Hospitalier par des tiers externes.
- La non accessibilité aux données (fichiers et répertoires) par des tiers externes.

Leur vol ou disparition inexpliquée doivent immédiatement être signalés à la Direction du Centre Hospitalier.

3. Mesures de sécurité

Par souci de protection du réseau informatique du Centre Hospitalier, des exemples de solutions retenues sont :

- Le filtrage des flux,
- Le cloisonnement des environnements,
- La mise en place d'un outil anti-spam (pour bloquer les messages publicitaires),
- etc.

Ces mesures de sécurité ne doivent pas être contournées ni désactivées, il est notamment interdit de :

- Connecter un ordinateur personnel ou autre terminal mobile au système d'information du Centre Hospitalier (sauf autorisation écrite de la Direction Informatique).
- Connecter une borne d'accès Wifi dans les bâtiments du Centre Hospitalier ou sur le réseau informatique.
- Connecter des médias amovibles externes (clef USB, disque externe, ...) si ceux-ci n'ont pas été préalablement inspectés par un antivirus pour s'assurer de l'absence de codes malveillants.

4. BYOD

Le BYOD, abréviation de « Bring your own device » (Apportez vos appareils personnels), est une pratique qui consiste à utiliser ses équipements personnels (téléphone, ordinateur portable, tablette électronique, ...) dans un contexte professionnel.

Cette pratique est interdite au sein du Centre Hospitalier pour des raisons techniques, sociales, juridiques et plus globalement pour la sécurité de l'information du Centre Hospitalier.

Des situations dérogatoires peuvent être accordées par le Directeur de l'Établissement. Il s'agit notamment des situations de télétravail. Dans tous les cas, un document signé par l'agent précise les obligations supplémentaires de sécurité qu'il s'engage à mettre en œuvre sur son matériel. La signature de ce document par l'agent permet l'ouverture du télétravail. L'absence de respect de ces différentes dispositions annule l'autorisation dérogatoire du Directeur de l'Établissement et est susceptible de justifier l'engagement de la responsabilité civile, pénale et disciplinaire du professionnel concerné.

5. Messagerie Electronique

Le Centre Hospitalier met à la disposition de ses utilisateurs un accès à la messagerie de l'entreprise. Cet outil de travail est un média complémentaire qui ne se substitue pas aux autres formes d'échange (téléphone, notes, courriers, échanges oraux).

La courtoisie constitue une règle élémentaire dans tous les échanges de courriers même électroniques.

La messagerie doit être utilisée pour :

- L'envoi d'une information synthétique et claire, nécessitant une prise de connaissance ou une réponse rapide. Il s'agit d'éviter les surcharges d'information nuisant à la performance des communications.
- Planifier et inviter des tiers à une réunion,

Pour les éventuels envois de documents, en pièce jointe, concernant directement les problématiques de travail du destinataire (taille maximale d'une pièce jointe 5 Mo). Attention toutefois à vérifier auprès du destinataire que son serveur de messagerie accepte bien les pièces jointes de cette taille.

Utilisation de la messagerie pour les envois en grand nombre :

- Seuls les envois concernant l'organisation de l'établissement et validés par la Direction sont autorisés.

La messagerie ne doit pas être utilisée pour :

- Faire suivre des fausses alertes, des canulars (hoax) et/ou des rumeurs.
- Pratiquer du Spam, faire suivre des messages en chaîne (un envoi massif de messages vers le serveur peut nuire à ses performances).
- Ecrire un message diffamatoire ou en opposition aux règles de courtoisie, de bonnes mœurs.
- Envoyer des fichiers confidentiels si ceux-ci n'ont pas été préalablement chiffrés (se renseigner sur les outils utilisés auprès du Service Informatique).
- Transférer sur sa messagerie personnelle des messages ou documents professionnels sensibles (confidentiels).

De manière générale, les messages transitant sur Internet ne sont pas confidentiels et sont donc susceptibles, à tout moment d'être interceptés, visualisés, enregistrés, modifiés et réutilisés à d'autres fins, par des tiers. Il arrive souvent que des extensions de fichiers, en pièces jointes (.bat, .vba, .exe, .com, ...) soient bloquées par les serveurs de messageries des destinataires.

Ceci pour des raisons de sécurité, car ils peuvent embarquer des codes malicieux et sont donc susceptibles d'infecter les ordinateurs des utilisateurs.

Il est dans ce cas fortement conseillé de modifier le type d'extension du fichier joint avant de l'envoyer (exemple : document confidentiel.exe est renommé en document confidentiel.exe.doc)

L'utilisation personnelle de la messagerie professionnelle est tolérée dans des proportions raisonnables en fréquence et en volume à condition qu'elle n'affecte pas le trafic normal des messages professionnels.

Il est impératif de différencier les messages professionnels des messages personnels en précisant dans l'objet du mail le mot « Privé ». De cette manière il ne pourra être confondu avec un mail professionnel. Cette même règle de nommage doit être appliquée sur les dossiers de la messagerie, sur un répertoire du disque dur du poste de travail de l'utilisateur mais également sur tout support utilisé (les clés USB par exemple).

6. Zones d'échanges

Le CH met à disposition des utilisateurs des zones d'échanges de documents (répertoires partagés). Elles sont exclusivement destinées à un usage professionnel.

Un répertoire « commun » est accessible par tous les utilisateurs qui possèdent un accès au système d'information. Ce répertoire est visible de tous, le dépôt de documents sensibles (confidentiel, santé,...) relatifs aux patients ou agents y est formellement interdit.

Les répertoires de « Services » ne sont accessibles que par les utilisateurs d'un même service, le responsable (réfèrent) de la zone d'échange est en général le chef de service et les règles d'utilisations sont les suivantes :

- Interdiction d'y déposer des documents « sensibles » (données personnelles, santé, ...)
- Interdiction de l'utiliser comme bibliothèque de comptes rendus et/ou documents patients
- Limitation de la taille des documents déposés à 30 Mo

7. Internet

Le trafic Internet (messagerie, sites web, forums, blogs, ...) fournit aux administrateurs des journaux de connexions qui doivent être, d'un point de vue juridique, conservés par l'employeur de six mois à un an et ce à des fins de contrôle, de maintenance et de garantie d'une utilisation normale du système. Ces journaux permettent d'identifier les actions de chaque utilisateur individuellement.

Le téléchargement de fichiers audio, vidéo ou jeux possédant ou non un copyright, ou l'usage de logiciels piratés est formellement interdit car il expose l'hôpital et l'utilisateur à des sanctions pénales et civiles. Il en va de même pour la consultation des sites proposant des contenus à caractère xénophobe, raciste, révisionniste, pédophiles ou pornographiques.

La navigation Internet est un des premiers vecteurs de diffusion des codes malveillants (virus, cheval de Troie, vers, ...). Il est donc recommandé aux utilisateurs de faire preuve de prudence, de ne pas être trop naïfs et de ne pas cliquer « Ok » sur les fenêtres publicitaires, pop-up apparaissant à l'écran. En cas de doute la DSI est là pour vous assister.

8. Données à caractère personnel

Les données personnelles vous concernant, collectées dans le cadre de travail et pendant toute votre période d'emploi sont destinées aux services concernés du CH dans le cadre de la gestion de ses professionnels. Elles ont notamment vocation à être utilisées pour :

- la gestion de la paie,
- la mise à disposition d'outils informatiques (suivi et maintenance, gestion des autorisations d'accès)
- l'organisation du travail (gestion des agendas, des tâches, du planning, ...),
- la gestion de votre carrière (évaluation professionnelle, gestion des compétences, ...)

Vos données sont transmises :

- Aux organismes publics dans le cadre de nos obligations légales ;
- Au CGOS, sauf opposition de votre part ;
- A certains de nos sous-traitants techniques et informatiques avec lesquels nous sommes liés contractuellement ;

Elles ne sont en aucun cas cédées à un tiers à des fins commerciales. Conformément au Règlement Européen (2016/679) relatif à la Protection des Données à caractère personnel (RGPD) les principes suivants sont appliqués :

- Licéité et transparence : durée de conservation, droit d'accès, de rectification, suppression auprès de la DRH
- Pertinence et proportionnalité : des traitements, de leur finalité, exactitude, anonymisation et suppression.
- Conservation limitée des données : purge automatique et suppression au-delà du délai de conservation préalablement défini dans le registre des traitements.
- Respect des droits des personnes concernées : d'accès et de rectification, d'opposition, de portabilité des données, d'effacement des leurs données (droit à l'oubli).
- Obligation de sécurité et notification des violations de données : les mécanismes de sécurité sont adaptés aux risques encourus et la direction s'engage à mettre en œuvre et faire respecter les politiques de protection des données personnelles et du SI.
- Territorialité : Aucun traitement de données à caractère personnel vers un pays situé hors de l'Union Européenne (UE), n'est effectué.

9. Les données de santé à caractère personnel

Les données de santé à caractère personnel sont des données particulièrement sensibles. Elles concernent la santé physique ou mentale passée, présente ou futur d'un individu.

Cette définition comprend :

- Toutes les informations concernant une maladie, un handicap, un risque de maladie, un traitement, un antécédent, un état physiologique ou biomédical,
- les informations obtenues lors d'un test ou de l'examen d'une partie du corps, y compris les examens de biologie, anatomo-pathologie, génétique et d'imagerie,
- les informations relatives à une personne physique collectées lors de son inscription en vue de bénéficier de services de soins de santé ou lors de la prestation de ces services

Les conditions d'utilisation des données de santé à caractère personnel sont étroitement définies et surveillées. Seules les personnes désignées par le code de la santé, dans le respect de la notion d'équipe soignante du patient, sont autorisées à interagir avec le dossier médical informatisé. Cette interaction est limitée aux besoins de leur mission.

En plus des sanctions pouvant émaner du non-respect du RGPD, ces données, couvertes par le secret professionnel (art. 226-13 du code pénal), exposent en cas de non-respect à des sanctions disciplinaires, civiles et pénales : « *la révélation d'une information à caractère secret par une personne dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende* ». Art 1110-4 du Code de la Santé Publique

Il découle de cela les points suivants :

- Il est interdit de faire ou demander de faire des photos de patients avec du matériel personnel et d'envoyer les photos par messagerie non sécurisée. Seul le matériel photographique de l'établissement et la messagerie sécurisée (Médimail) sont autorisés.
- Avant tout nouveau traitement (constitution de fichier par ex.), échange, partage d'information « personnelles » ou de « santé » avec un tiers externe, il faut vérifier auprès du DPO et du RSSI la conformité réglementaire.

10. Contrôles et Audits

D'un point de vue réglementaire (CNIL, Hôpital Numérique, LSF, ...) le Centre Hospitalier doit être en mesure de surveiller, contrôler, ce qui se passe sur son réseau. C'est au salarié d'être vigilant avant d'émettre via ce réseau des informations qu'il estime de nature privée.

Le Centre Hospitalier peut être amené à exercer certains contrôles quant à l'utilisation qui est faite de l'accès Internet, Intranet, de la messagerie par ses salariés, dans le but de vérifier, d'assurer et de contrôler le bon fonctionnement des systèmes, le respect des règles fixées par le présent règlement ou encore dans le cadre d'investigations relatives à des actes répréhensibles et, plus généralement, pour satisfaire aux obligations judiciaires.

Ces contrôles s'effectueront dans le respect de la confidentialité et du droit à la vie privée de chacun, étant rappelé que les messages et/ou répertoire sans le terme « Privé » dans l'objet et/ou le nom sont considérés comme messages professionnels et peuvent faire l'objet desdits contrôles.

Les contrôles ne sont pas systématiques mais effectués en cas de :

- Constatation de problèmes techniques ou dysfonctionnement du réseau ou des systèmes
- Constatation d'anomalies dans les flux, les applications ou les systèmes
- Plainte d'un salarié, d'un tiers externe, ou enquête judiciaire
- Vérification de l'origine licite des logiciels installés

Des contrôles aléatoires peuvent être menés par le Centre Hospitalier, dans le cadre d'audit spécifique ou autre.

L'équipe de la DSI peut à tout moment effectuer une prise de main à distance (PMD) sur le poste d'un utilisateur pour dépanner, maintenir ou améliorer le fonctionnement global du matériel appartenant au Centre Hospitalier. Dans la mesure du possible les équipes techniques contactent avant toute intervention l'utilisateur.

11. Logiciels et services en ligne

Il est interdit d'utiliser des outils de collecte, traitement de données, solutions de stockage de fichiers professionnels à l'extérieur du système d'information du CH ou d'un système ayant fait l'objet d'une convention avec le CHIC sans autorisation écrite du Directeur de l'établissement. En effet, la législation en vigueur impose des règles particulières aux administrations publiques quant à l'utilisation de services d'informatique en nuage (Cloud Computing, ex : Google Drive, Dropbox, ...). Le système d'information du CHIC respecte ces règles et les systèmes tiers ayant conventionnés font l'objet d'une analyse permettant de s'assurer du respect de la réglementation.

Notez que la plupart des services en ligne :

- ne permet pas de connaître précisément la localisation du stockage,
- ne répond pas à la réglementation sur le stockage de données identifiants des patients
- peut être fermée à tout moment sans préavis,
- n'est pas forcément Hébergeur de Données de Santé (HDS)
- peut devenir payant à tout moment,
- n'assure pas la sécurité quant à la perte et la disponibilité des données,
- et se déresponsabilise en cas de fuites d'informations

12. Vidéosurveillance et contrôle d'accès aux locaux

Un dispositif de vidéosurveillance et de contrôle d'accès aux locaux est mis en place par le CHIC Castres-Mazamet afin d'assurer la sécurité des biens et des personnes. Le dispositif de vidéosurveillance est installé sur les lieux de passage et une afficheuse aux entrées des bâtiments rappelle :

- que l'établissement est sous vidéosurveillance pour des raisons de sécurité,
- que pour tout renseignement, l'on peut contacter la Direction du CHIC CASTRES MAZAMET conformément à la loi 95-73 du 21 janvier 1995.

13. Accès distant et télétravail

L'accès distant aux ressources informatiques du Centre Hospitalier pour le Télétravail ou autres besoins est soumis à autorisation de l'encadrement de l'agent. L'utilisation du matériel personnel dans ce cadre est décrite au paragraphe V-4 BOYD.

14. Absence et départ d'un collaborateur

En cas de départ ou d'absence pour disponibilité, congé parental ou arrêt de travail supérieur à 60 jours, le compte AD de l'agent est désactivé dans la semaine suivant son départ ou absence. Les responsables applicatifs sont informés de la désactivation du compte et la reporte le cas échéant dans l'applicatif.

La messagerie professionnelle et les répertoires du poste de travail sont des outils professionnels. Sans mention particulière précisant le caractère personnel d'un courrier, d'un mail ou d'un dossier, le document est réputé être professionnel et donc susceptible d'être ouvert, y compris après le départ de l'agent, pour assurer la continuité de service. Dans ce cas, l'agent est informé au moins une semaine avant l'ouverture de sa messagerie ou de son poste de travail de telle sorte qu'il puisse les ranger. L'établissement peut également y accéder pour répondre à une obligation réglementaire ou légale.

Passé un délai d'un mois, les documents identifiés comme personnels sont détruits sans être consultés.

L'Administration s'interdit tout accès la messagerie de santé de l'agent ainsi qu'à de la correspondance papier ou documents traitants manifestement de données de santé. En cas de besoin, l'accès ou l'ouverture pourra être autorisé au médecin chef de service, au président de CME ou à un médecin du département d'information médical.

VI - RESPONSABILITES ET SANCTIONS

Les règles définies dans le présent Règlement ont été fixées par la Direction du Centre Hospitalier dans le respect des dispositions législatives et réglementaires applicables (CNIL, ASIP Santé, ANSSI, DGOS, ANS, ...). Un des fondamentaux du code Pénal Français est de répondre des infractions commises par un individu et de subir les peines prévues par le texte qui les réprime. De ce fait chaque personne est responsable pénalement de ses actes qu'elle soit dans un cadre privé ou professionnel.

Le Centre Hospitalier ne pourra être tenu pour responsable des détériorations d'informations ou des infractions commises par un utilisateur qui ne se sera pas conformé aux règles d'accès et d'usage des ressources informatiques et des services internet décrites dans la Règlement TIC.

Les utilisateurs ne respectant pas les règles et obligations définies dans le présent Règlement et ceux qui ne signalent pas au service informatique, au responsable sécurité informatique (RSSI) et des données à caractère personnel (DPO) les tentatives de violation de leur compte engagent leur responsabilité personnelle et sont passibles :

- de mesures conservatoires : déconnexions immédiates par les administrateurs en cas de non-respect du Règlement entraînant un péril imminent pour le système d'information,
- de restriction d'usage : sur décision du Directeur de l'établissement
- d'engagement de procédures civiles, pénales et/ou disciplinaires à la demande du Directeur de l'Établissement, de l'instance ou des instances judiciaires ou de toute personne morale ou physique ayant intérêt à agir.

Outre ces sanctions, la Direction du centre hospitalier est tenue de signaler toutes infractions commises par son personnel au instances concernées (Procureur de la République, CNIL, ANS, ARS, ...).

Il appartient à chaque utilisateur de :

- Choisir des mots de passe sûrs, gardés secrets et en aucun cas les communiquer à des tiers.
- Ne pas afficher ou noter son mot de passe sur son poste de travail.
- Signaler toute tentative de violation de son compte et toute anomalie (mauvaise gestion des droits, faille de sécurité, logiciel suspect...) au RSSI.
- Ne pas mettre à disposition de tiers non autorisés un accès au matériel informatique et au réseau du CH.