

Centre Hospitalier
du Rouvray

4, Rue Paul Éluard
76301 Sotteville-lès-Rouen
02 32 95 12 34
www.ch-lerouvray.fr
Métropole Rouen Normandie

REGLEMENT INTERIEUR DU CENTRE HOSPITALIER DU ROUVRAY



R/DG/01/A

REGLEMENT INTERIEUR DU CENTRE HOSPITALIER DU ROUVRAY

* *
*

• **Référence : Code de la Santé Publique :**

La Commission Médicale d'Etablissement est consultée sur le règlement intérieur (R.6144 - 1 - 10°).

Le Comité Technique d'Etablissement est consulté sur le règlement intérieur (R.6144 – 40 - 6°).

Le Conseil de Surveillance donne un avis sur le règlement intérieur (R.6144 - 1).

Après concertation avec le Directoire, le Directeur arrête le règlement intérieur (L.6143-7 - 13°).

• Le règlement intérieur précise les dispositions spécifiques au CH du Rouvray concernant :

- Les instances
- L'organisation polaire
- Les patients
- Les agents et l'IFSI
- La sécurité

Il résulte de la procédure suivante :

- Concertation avec le Directoire le 14 juin 2016
- Consultation de la CME (20 juin) et du CTE (23 juin)
- Avis du Conseil de Surveillance (24 juin)

SOMMAIRE

<u>1^{ère} PARTIE</u>	INSTANCES	P. 4 à 21
<u>2^{ème} PARTIE</u>	ORGANISATION POLAIRE	P. 22 à 40
<u>3^{ème} PARTIE</u>	PATIENTS	P. 41 à 58
<u>4^{ème} PARTIE</u>	AGENTS ET IFSI	P. 59 à 91
<u>5^{ème} PARTIE</u>	SECURITE	P. 92 à 103

1^{ère} partie

INSTANCES

1^{ère} PARTIE : INSTANCES

▶ DIRECTOIRE	p. 6
▶ COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT ET AUTRES COMMISSIONS	
- COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT	p.7-8
- COMMISSION SECURITE, QUALITE DES SOINS ET GESTION DES RISQUES	p.9 à 11
- COMMISSION OPERATIONNELLE SECURITE, QUALITE DES SOINS ET GESTION DES RISQUES	p.12-13
- COMITE DU MEDICAMENT ET DES DISPOSITIFS MEDICAUX STERILES	p.14 à 16
▶ COMITE TECHNIQUE D'ETABLISSEMENT	p.17
▶ COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES	p.18
▶ COMITE D'HYGIENE, DE SECURITE, ET DES CONDITIONS DU TRAVAIL (A COMPLETER ULTERIEUREMENT)	
▶ CONSEIL DE SURVEILLANCE	p.19
▶ COMITE D'AIDE A LA REFLEXION ETHIQUE	p.20-21
▶ COMMISSION DES USAGERS : RENVOI A LA TROISIEME PARTIE RELATIVE AUX PATIENTS	

► COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

- Composition :

• Chefs de pôles (4) et responsables de services (22) soit 26 :

- Chefs de pôles (4) : Psychiatrie Enfants et Adolescents

Psychiatrie Générale : Rouen rive droite

Vallée de Seine, Caux et Bray

Rouen sud - Elbeuf

- Responsables de service (22):

Service sectorisé :

I01

I02

I03

G01

G02

G03

G04

G05

G06

G07

G08

G09

G10

P12

Service non sectorisé : Adolescents

Soins psychiatriques non programmés

Psychiatrie pour personnes âgées

Département d'Informations Médicales

Pharmacie

Centre de Ressources pour l'Autisme de Haute-Normandie

Unité pour Malades Difficiles

Médecine polyvalente

- **Représentants élus des praticiens hospitaliers non chefs de pôles et non responsables de service (estimation 53) : 26 représentants**
- **Représentants élus des personnels médicaux temporaires : Assistants, Praticiens Hospitaliers Contractuels, Praticiens Attachés (estimation 28) : 5 représentants.**
- **2 représentants des internes**
- **Assistent avec voix consultative**, un représentant du CTE, de la Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-techniques, un représentant des psychologues : Président(e) du Collège des psychologues et un représentant des assistants sociaux : le Cadre socio-éducatif.

- Fonctionnement :

- La Commission Médicale d'Etablissement se réunit en principe, le 2^{ème} mardi de chaque mois (16h30-18h30).

La réunion est précédée d'un collège médical ouvert à tout personnel médical du CH du Rouvray (15h30-16h30).

Le secrétariat est assuré par l'assistante du Président de la Commission Médicale d'Etablissement.

- **Quorum :**

Le quorum est fixé à la moitié des membres plus un.

Il est apprécié en début de séance.

- Les séances ne sont pas publiques. Concernant l'intervention de personnalités extérieures ou de santé compétentes sur des questions inscrites à l'ordre du jour, et dont l'expérience est utile au bon déroulement des travaux de la commission. Cette intervention nécessite une demande écrite préalable au Président de la Commission Médicale d'Etablissement, et elle est limitée à la question inscrite à l'ordre du jour.

- **Vote :**

Le vote par procuration et le vote par correspondance sont interdits.

Le vote a lieu à main levée, mais sur demande d'un membre, il a lieu à bulletin secret.

L'appréciation des votes s'opère à la majorité des suffrages exprimés.

- **Procès-verbal :**

- Le procès-verbal, signé par le Président, est envoyé par ses soins aux membres de la Commission Médicale d'Etablissement lors de la convocation d'une nouvelle réunion, et il est soumis à l'approbation au début de cette réunion.

- Les avis et vœux de la CME sont transmis au Conseil de Surveillance

Article 1 **Forme, dénomination et durée**

Il est institué, au sein du CH du Rouvray, une instance collégiale dénommée Commission Sécurité, Qualité des Soins et gestion des Risques (CSQR).

La CSQR est créée pour une durée indéterminée.

Article 2 **Objet**

La CSQR participe :

- Au management de la qualité et des risques au sein de l'établissement,
- A la définition de la politique qualité et gestion des risques à l'intérieur de l'établissement,
- A la coordination des travaux des différents groupes (CLIN, CLAN, CLUD, COMEDIMS, ...).

Article 3 **Missions**

La CSQR est notamment amenée à exercer les missions suivantes :

- Elaborer la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et en assurer le suivi,
- Proposer un programme d'actions assorti d'indicateurs,
- Assurer le suivi des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,
- Organiser des évaluations internes,
- Veiller à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité (qui résultent des inspections et de la certification).

La liste des missions de la CSQR est non exhaustive.

La CSQR traite en particulier des thèmes suivants :

- La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement,
- Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire,
- La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles,
- La prise en charge de la douleur,
- Le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique.

Article 4 Composition de la CSQR et désignation des membres

La composition de la CSQR est proposée par la CSQR et approuvée par la Commission Médicale d'Établissement (CME).

La CSQR comprend :

- Des membres de droit,
- Des praticiens élus par la CME,
- Des professionnels de santé non médicaux,
- Des professionnels de santé désignés par le Président de la CSIRMT,
- Des représentants de l'équipe opérationnelle d'hygiène,
- Des représentants des usagers au Conseil de Surveillance,
- Des membres complémentaires au titre de la qualité et de la gestion des risques,
- Des représentants des différentes directions,
- Des représentants des syndicats.

Toute personne qualifiée appartenant ou non à l'établissement, peut être entendue à la demande de la CSQR, sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

Voir Annexe.

Article 5 Mandat des membres

La durée du mandat des membres de la CSQR est de quatre ans, renouvelable.

Lorsque l'un des membres de la CSQR perd la qualité au titre de laquelle il a été désigné, son mandat est interrompu. Il est alors procédé à la désignation du ou des remplaçants dans un délai de 2 mois.

Lorsqu'un des membres de la CSQR souhaite démissionner, il doit en informer le président par écrit (courrier ou mail).

Article 6 Présidence

Le président de la CSQR est désigné par la CME.

Le rôle du président de la CSQR est :

- D'arrêter la date des convocations,
- De fixer l'ordre du jour des séances,
- D'animer la CSQR,
- De veiller à l'harmonisation des actions susceptibles d'être engagées sur l'initiative de la CSQR,
- De représenter la CSQR dans les instances où celui-ci est amené à participer,
- D'une manière générale, de permettre à la CSQR d'assurer ses missions.

La durée du mandat du président de la CSQR est identique à celle du mandat des membres.

Article 7 Réunions de la CSQR

La CSQR se réunit au moins 3 fois par an, sur convocation.

La CSQR peut également se réunir à la demande formelle et motivée :

- Des deux tiers de ses membres,
- Du Président de la CME,
- Du Directeur de l'établissement.

Pour chaque réunion de la CSQR, une convocation écrite précisant les dates et heures, lieu et ordre du jour est adressée par le secrétariat de la commission à l'ensemble de ses membres au moins quinze jours à l'avance.

Tout membre de la CSQR peut demander au président de la CSQR l'inscription d'une question ou d'un sujet à l'ordre du jour.

Article 8 Rapport d'activité

La CSQR rend compte de ses travaux à la CME.

Elle élabore un rapport d'activité annuel. Ce rapport est transmis et présenté à la CME, au directeur de l'établissement et au Conseil de Surveillance. Il présente notamment l'évolution des indicateurs de suivi.

Article 9 Moyens de fonctionnement

Les moyens nécessaires au fonctionnement de la CSQR sont attribués selon des modalités négociées entre le Directeur de l'établissement et la CSQR.

Le secrétariat de la CSQR est assuré par l'assistant qualité et gestion des risques.

Chaque séance de la CSQR fait l'objet d'un relevé de conclusions qui est adressé à chacun de ses membres et au directeur de l'établissement, après validation par le Président. Le procès-verbal est soumis à approbation à l'occasion de la séance suivante.

Article 10 Communication

Les avis de la CSQR sont diffusés auprès des personnels de l'établissement ou des tiers intéressés par leur application, par tout moyen à la convenance de la CSQR.

La CME est informée périodiquement des travaux de la CSQR.

La diffusion du rapport annuel d'activité suit les règles précisées à l'article 8.

Article 11 Elaboration et modification du règlement intérieur de la CSQR

Le règlement intérieur de la CSQR est adopté par le Conseil de Surveillance après avis du président de la CME.

Une modification du règlement intérieur de la CSQR peut être entreprise à la demande motivée :

- Du Président de la CME,
- Du Directeur de l'établissement,
- Du Président de la CSQR, ou
- D'au moins deux cinquième des membres de la CSQR.

Ces modifications seront soumises au vote de la CSQR, à la majorité absolue des membres présents.

Toute modification du règlement intérieur de la CSQR s'effectue par voie d'avenant, adopté par le Conseil de Surveillance de l'établissement après avis du Président de la CME.

Article 1 Forme, dénomination et durée

Il est institué, au sein du CH du Rouvray, une instance opérationnelle dénommée **CO**mmission **OP**érationnelle sécurité, qualité des soins et gestion des risques (COOP).

La COOP est créée pour une durée indéterminée.

Article 2 Objet

La COOP est l'instance opérationnelle de la Commission Sécurité, Qualité des soins et gestion des Risques (CSQR) et de la cellule qualité et gestion des risques.

La COOP participe :

- Au management de la qualité et des risques au sein de l'établissement,
- A la définition de la politique qualité et gestion des risques à l'intérieur de l'établissement,
- A la coordination des travaux des différents groupes (CLIN, CLAN, CLUD, COMEDIMS, ...).

Article 3 Missions

La COOP est notamment amenée à exercer les missions suivantes :

- Contribuer à impulser la dynamique nécessaire à l'avancée opérationnelle du Plan d'Actions Qualité (PAQ), de la gestion des risques et de la certification,
- Assurer le suivi opérationnel du Plan d'Actions Qualité et Gestion des Risques (PAQGR), de la gestion des risques et de la certification,
- Veiller, au niveau opérationnel, à la coordination des différents groupes de travail liés à la qualité, à la sécurité des soins et à la gestion des risques, et à la cohérence de leurs travaux,
- Contribuer à la diffusion de la culture de l'erreur positive.

La liste des missions de la COOP est non exhaustive.

Article 4 Composition de la COOP et désignation des membres

Les membres de la COOP sont choisis au sein de la CSQR parmi les responsables opérationnels en matière de qualité, de sécurité des soins et / ou de gestion des risques (membres du CLIN, du CLAN, du CLUD, du COMEDIMS, gestionnaires de risques, cellule qualité et gestion des risques).

Toute personne qualifiée appartenant ou non à l'établissement, peut être entendue à la demande de la COOP, sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

Voir Annexe.

Article 5 Mandat des membres

La durée du mandat des membres de la COOP est de quatre ans, renouvelable.

Lorsque l'un des membres de la COOP perd la qualité au titre de laquelle il a été désigné, son mandat est interrompu. Il est alors procédé à la désignation du ou des remplaçants dans un délai de 2 mois.

Lorsqu'un des membres de la COOP souhaite démissionner, il doit en informer le Président par écrit (courrier ou mail).

Article 6 Présidence

La présidence de la COOP est assurée par le responsable de la qualité et de la gestion des risques.

Le rôle du Président de la COOP est :

- D'arrêter la date des convocations,
- De fixer l'ordre du jour des séances,
- D'animer la COOP,
- De veiller à l'harmonisation des actions susceptibles d'être engagées sur l'initiative de la COOP,
- D'informer la CSQR sur ses travaux,
- D'une manière générale, de permettre à la COOP d'assurer ses missions.

La durée du mandat du Président de la COOP est identique à celle du mandat des membres.

Article 7 Réunions de la CSQR

La COOP se réunit mensuellement, sur convocation.

La COOP peut également se réunir à la demande formelle et motivée :

- Des deux tiers de ses membres,
- Du Président de la CME,
- Du Directeur de l'établissement.

Pour chaque réunion de la COOP, une convocation écrite précisant les dates et heures, lieu et ordre du jour est adressée par le secrétariat de la commission à l'ensemble de ses membres une semaine à l'avance. Tout membre de la COOP peut demander au président de la COOP l'inscription d'une question ou d'un sujet à l'ordre du jour.

Article 8 Rapport d'activité

La COOP rend compte de ses travaux à la CSQR. Elle élabore un rapport d'activité annuel. Ce rapport est transmis et présenté à la CSQR.

Article 9 Moyens de fonctionnement

Les moyens nécessaires au fonctionnement de la COOP sont attribués selon des modalités négociées entre le Directeur de l'établissement et la COOP.

Le secrétariat de la COOP est assuré par l'assistant qualité et gestion des risques. Chaque séance de la COOP fait l'objet d'un relevé de conclusions qui est adressé à chacun de ses membres, après validation par le président. Le procès-verbal est soumis à approbation à l'occasion de la séance suivante.

Article 10 Communication

Les avis de la COOP sont diffusés auprès des personnels de l'établissement ou des tiers intéressés par leur application, par tout moyen à la convenance de la COOP. La CSQR est informée périodiquement des travaux de la COOP. La diffusion du rapport annuel d'activité suit les règles précisées à l'article 8.

Article 11 Elaboration et modification du règlement intérieur de la CSQR

Le règlement intérieur de la COOP est adopté par la CSQR.

Une modification du règlement intérieur de la COOP peut être entreprise à la demande motivée :

- Du Président de la CME,
- Du Directeur de l'établissement,
- Du Président de la CSQR,
- Du Président de la COOP, ou
- D'au moins deux cinquième des membres de la COOP.

Ces modifications seront soumises au vote de la COOP, à la majorité absolue des membres présents. Toute modification du règlement intérieur de la COOP s'effectue par voie d'avenant, adopté par la CSQR.

Article 1 Forme, dénomination et durée

Il est institué, au sein du CH du Rouvray, une instance collégiale dénommée **CO**mité du **ME**dicament et des **DI**spositifs **M**édicaux **S**tériles (COMEDIMS).

Le COMEDIMS est créé pour une durée indéterminée.

Article 2 Objet

Conformément à la réglementation, le COMEDIMS participe :

- A la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles à l'intérieur de l'établissement,
- A l'élaboration de la liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est recommandée dans l'établissement,
- A l'élaboration de recommandations en matière de prescription et de bon usage des médicaments et dispositifs médicaux stériles, et de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse.

Article 3 Missions

Le COMEDIMS est notamment amené à exercer les missions suivantes :

- Mettre en place un système de management de la qualité visant à assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient,
- Assurer une veille réglementaire et, mettre en œuvre les décrets, arrêts, textes de loi, opposables à l'établissement,
- Faire une étude des risques médicamenteux et rédiger la cartographie des risques associée,
- Mettre en place une gestion des risques associée au médicament,
- Proposer des formations / informations afin d'actualiser l'ensemble des connaissances du personnel du Centre Hospitalier du Rouvray, en partenariat avec le service de Formation Continue,
- Mettre en place un système documentaire relatif à l'assurance qualité de la prise en charge médicamenteuse et en assurer la mise à jour,
- Mettre en place des enquêtes et audits sur tout ou partie de la prise en charge médicamenteuse, en analyser les résultats et suivre la mise en œuvre des actions d'amélioration,
- Participer à l'élaboration du compte qualité et au suivi des décisions de la Haute Autorité de Santé, et déterminer le programme d'actions en tenant compte de la certification,
- Elaborer et maintenir un livret thérapeutique en adéquation au bon usage.

La liste des missions du COMEDIMS est non exhaustive.

Article 4 Composition du COMEDIMS et désignation des membres

La composition du COMEDIMS est proposée par la Commission Qualité, Sécurité des Soins et Gestion des Risques (CSQR), approuvée par la Commission Médicale d'Établissement (CME) et désignée par la Direction.

Le COMEDIMS comprend à minima :

- Des médecins et pharmaciens, membres de la CME,
- Le président du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales ou son représentant,
- Un représentant de la commission des soins infirmiers,
- Le correspondant local de matériovigilance,
- Un préparateur en pharmacie.

Le Directeur de l'établissement ou son représentant, accompagné des collaborateurs de son choix, peut assister, avec voix consultative, aux séances du COMEDIMS.

Toute personne qualifiée appartenant ou non à l'établissement, peut être entendue à la demande du COMEDIMS, sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

Voir Annexe.

Article 5 Mandat des membres

La durée du mandat des membres du COMEDIMS est de quatre ans, renouvelable.

Lorsque l'un des membres du COMEDIMS perd la qualité au titre de laquelle il a été désigné, son mandat est interrompu.

Il est alors procédé à la désignation du ou des remplaçants dans un délai de 2 mois.

Lorsqu'un des membres du COMEDIMS souhaite démissionner, il doit en informer le Président par écrit (courrier ou mail).

Article 6 Présidence

Le COMEDIMS élit en son sein, parmi les médecins et les pharmaciens hospitaliers, un Président. Cette élection a lieu à la majorité simple des membres du COMEDIMS.

Le rôle du Président de COMEDIMS est :

- D'arrêter la date des convocations,
- De fixer l'ordre du jour des séances,
- D'animer le COMEDIMS,
- De recueillir les demandes des praticiens,
- De veiller à l'harmonisation des actions susceptibles d'être engagées sur l'initiative du COMEDIMS,
- De représenter le COMEDIMS dans les instances où celui-ci est amené à participer,
- D'une manière générale, de permettre au COMEDIMS d'assurer ses missions.

La durée du mandat du Président du COMEDIMS est identique à celle du mandat des membres.

Article 7 Réunions du COMEDIMS

Le COMEDIMS se réunit au moins 3 fois par an, sur convocation.

Le COMEDIMS peut également se réunir à la demande formelle et motivée :

- Des deux tiers de ses membres,
- Du Président de la CME,
- Du Directeur de l'établissement.

Pour chaque réunion du COMEDIMS, une convocation écrite précisant les dates et heures, lieu et ordre du jour est adressée par le secrétariat du comité à l'ensemble des membres du comité au moins quinze jours à l'avance.

Tout membre du COMEDIMS peut demander au Président du COMEDIMS l'inscription d'une question ou d'un sujet à l'ordre du jour.

Article 8 Rapport d'activité

Le COMEDIMS rend compte de ses travaux à la CSQR.

Il élabore un rapport d'activité annuel. Ce rapport est transmis et présenté à la CME, au Directeur de l'établissement et au Conseil de Surveillance.

Article 9 Moyens de fonctionnement

Les moyens nécessaires au fonctionnement du COMEDIMS sont attribués selon des modalités négociées entre le Directeur de l'établissement et le COMEDIMS.

Le secrétariat du COMEDIMS est assuré par l'assistant qualité et gestion des risques.

Chaque séance du COMEDIMS fait l'objet d'un relevé de conclusions qui est adressé à chacun de ses membres et au directeur de l'établissement, après validation par le président.

Article 10 Communication

Les avis du COMEDIMS sont diffusés auprès des personnels de l'établissement ou des tiers intéressés par leur application, par tout moyen à la convenance du COMEDIMS.

La CSQR est informée périodiquement des travaux du COMEDIMS.

La diffusion du rapport annuel d'activité suit les règles précisées à l'article 8.

Article 11 Elaboration et modification du règlement intérieur du COMEDIMS

Le règlement intérieur du COMEDIMS est adopté par le Conseil de Surveillance après avis du président de la CME.

Une modification du règlement intérieur du COMEDIMS peut être entreprise à la demande motivée :

- Du Président de la CME,
- Du Directeur de l'établissement,
- Du Président du COMEDIMS, ou
- D'au moins deux cinquième des membres du COMEDIMS.

Ces modifications seront soumises au vote du COMEDIMS, à la majorité absolue des membres présents.

Toute modification du règlement intérieur du COMEDIMS s'effectue par voie d'avenant, adopté par le Conseil de Surveillance de l'établissement après avis du Président de la CME.

• **Composition :**

Il est permis aux suppléants de pouvoir assister à la séance dans la limite des nécessités de service afin de garantir le quorum à chaque séance.

• **Fonctionnement :**

- **Calendrier des réunions :**

Chaque année, il est instauré un calendrier prévisionnel des réunions du CTE.

Toutefois, en fonction des besoins ponctuels, pourront être rajoutées une ou plusieurs réunions non prévues initialement.

- **Ordre du jour et convocation :**

Un mois avant la date prévue de réunion, le secrétaire transmet au Président les questions posées par les représentants du personnel.

Après concertation avec le secrétaire du CTE, l'ordre du jour est fixé par le Président.

La convocation accompagnée de l'ordre du jour de la séance et des documents qui s'y rapportent sont adressés aux membres du CTE 15 jours avant la date prévue, pour les points soumis à consultation. Pour les points d'information, ce délai de 15 jours est lui aussi souhaitable, si possible.

- **Disposition spécifique concernant une question inscrite à l'ordre du jour et liée à un vote défavorable unanime de la part des représentants du personnel :**

Dans cette hypothèse et sous réserve d'un vote unanime en séance, il pourra être convenu, que cette question soit reportée à l'étude du prochain CTE.

- **Dispositions liées à la transmission des avis et au procès-verbal:**

Un exemplaire papier des documents afférents au CTE est transmis à chaque titulaire.

L'information et la transmission des documents peuvent s'effectuer par voie électronique avec des garanties techniques assurant leur origine, leur intégrité ainsi que leur réception par les agents concernés.

Le procès-verbal, après validation, est adressé en trois exemplaires papiers à chaque syndicat.

Un exemplaire relié des procès-verbaux des séances du CTE de l'année N est transmis à chaque syndicat, au cours du premier trimestre de l'année N+1.

Le CTE, dans un délai de deux mois, est informé par communication écrite de son Président envoyé à chacun des membres, des suites réservées à ses avis et vœux.

Les avis et vœux sont transmis au Conseil de Surveillance.

• **Composition :**

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques comprend 30 membres. Des personnels appartenant à d'autres filières professionnelles, médicaux et non médicaux, peuvent être associés aux travaux de la Commission, à l'initiative du Président.

• **En complément des désignations opérées pour la CME et le Conseil de Surveillance, la Commission désigne des représentants dans les instances suivantes :**

- Commission Sécurité, Qualité et gestion des Risques,
- Commission des Relations avec les Usagers : Qualité et Prise en Charge,
- Comité d'Aide à la Réflexion Ethique

• **Bureau :**

Un membre de chaque collège est désigné pour être membre du bureau.

Le bureau se réunit autant que de besoin sur sollicitation du Président de la Commission ou de l'un de ces membres.

Le bureau :

- Gère les affaires courantes (suivi de dossier, projet d'organisation de soins...)
- Prépare les réunions de la Commission et assure son secrétariat
- Aide à la rédaction du rapport annuel.

► COMITE D'AIDE A LA REFLEXION ETHIQUE

Article 1 Missions

Est constitué, au CH du Rouvray, un Comité d'Aide à la Réflexion Ethique qui a vocation à développer une réflexion sur l'éthique, liée notamment à l'accueil et la prise en charge des patients.
Ce comité a, en outre, des missions de formation et d'information en matière d'éthique.

Article 2 Composition

La composition du comité répond à des critères de pluridisciplinarité et de pluriprofessionnalité et est la suivante :

Collèges	Nombre	Après appel à candidature, proposé par	Qualification
Médical	5	CME	
Soignant	5	CSIRMT	CS, IDE, AS
Psychologues	2	Direction	
Administratif-technique socio-éducatif	4	Direction	DA
Usagers Familles	3	Commission des Usagers	
Personnels	2	CTE	
Personnels qualifiés	4	Comité de protection des personnes	
		Conseil de l'ordre des médecins	
		Faculté, lycée, ...	Philosophe
		Faculté, ...	Juriste
TOTAL	25		

Ces membres sont désignés par le Directeur pour une durée de 4 ans renouvelable une fois.

Article 3 Saisine

Les agents du CH du Rouvray, les usagers et leur entourage, les professionnels de santé extérieurs au CH du Rouvray peuvent saisir le comité d'une question liée à l'éthique.

Le comité apprécie la recevabilité de la demande formulée.

Les questions jugées recevables sont inscrites à l'ordre du jour de la prochaine séance du comité.

Article 4 Réponse

Le comité s'engage à apporter une réponse écrite à chaque demandeur, dans un délai de 3 mois.

Après discussion et consensus, le comité rédige une réponse motivée sur les questions dont il a été saisi.

Cette réponse, ni décisionnelle, ni institutionnelle, est adressée au demandeur.

Elle est intégrée de manière anonymisée dans un support documentaire adapté qui regroupe l'ensemble des réponses, et qui est accessible soit par archivage, soit par diffusion intranet.

Article 5 Fonctionnement

Le comité se réunit, en séance plénière, au moins 3 fois par an.

L'animation du comité est partagée entre les membres du comité et un animateur de séance est désigné au début de chaque séance.

Le quorum est de 9, mais les membres présents peuvent décider de reporter la réunion si la pluridisciplinarité leur semble insuffisante.

La date et l'ordre du jour de la prochaine réunion sont établis en commun à la fin de chaque séance.

Le secrétariat de la Direction des Affaires Médicales et Juridiques (DAMJ) se charge de l'envoi des convocations avec l'ordre du jour. Des points complémentaires peuvent être proposés entre deux réunions en contactant le secrétariat de la DAMJ qui transmet aux membres du comité.

Le secrétariat de séance est partagé entre les membres du comité. Un secrétaire est désigné au début de chaque séance. La mise en forme est faite par le secrétariat de la DAMJ auquel les notes lisibles doivent être transmises. Le secrétariat de la DAMJ se charge de la diffusion du procès-verbal à tous les membres du comité.

Déroulement type d'une réunion : Approbation du PV de la réunion précédente et tour de table.

Déroulement de l'ordre du jour. Détermination des actions à faire pour la réunion suivante, détermination de l'ordre du jour et choix d'une date.

Invités : Le comité peut inviter toute personne qui pourrait apporter un éclairage utile au sujet traité.

Article 6 Confidentialité

Les membres du comité s'engagent à ne pas diffuser, en dehors du comité, des informations qui pourraient porter préjudice aux patients, aux personnels ou à l'établissement.

Les membres du comité s'engagent à protéger l'anonymat des patients ou des personnels lorsque ses travaux portent sur des cas réels.

Article 7 Participation

Les activités des agents du CH du Rouvray, membres du CARE, sont réalisées dans le cadre de leur service.

Article 8 Rapport d'activité

A l'issue de chaque année civile, le comité rédige un rapport annuel d'activité dans les 3 mois qui suivent l'année concernée. Ce rapport est adressé à la Commission Médicale d'Etablissement, au Comité Technique d'Etablissement, à la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques, au Conseil de Surveillance. Il est également communiqué à l'espace régional éthique.

Article 9 Communication

Le comité utilise « l'Actu du Rouvray » et le « Rouvray » pour rendre compte de ses travaux. Il peut également utiliser les autres supports institutionnels existants : site internet, intranet, documentation qualité, colloque, forum.

Article 10 Coopération

Le comité développera les relations de complémentarité nécessaires avec toute autre structure, notamment locale ou régionale, en terme de déontologie.

Article 11 Révision du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur pourra être révisé selon la même procédure après un bilan réalisé après une période de fonctionnement d'une année.

2^{ème} partie

ORGANISATION POLAIRE

2^{ème} PARTIE : ORGANISATION POLAIRE

▶ INSTANCES INTERNES AU POLE (BUREAU COMITE DE PILOTAGE, REUNION DE SERVICE)	p. 24-25
▶ FICHES DE MISSION :	
- CHEF DE POLE	p. 26-27
- RESPONSABLE DE SERVICE	p. 28
- CADRE SUPERIEUR ASSISTANT DU CHEF DE POLE	p. 29-30
- CADRE SUPERIEUR DE SANTE EN POSITION OPERATIONNELLE	p. 31-32
- CADRE DE SANTE	p. 33 à 35
- DIRECTEUR REFERENT DE POLE	p. 36
- CONTROLEUR DE GESTION DE POLE	p. 37
▶ PROCEDURE RELATIVE A LA NOMINATION DU PERSONNEL D'ENCADREMENT MEDICAL :	
- CHEFS DE POLE	p. 38
- RESPONSABLE DE SERVICE	p. 39
- RESPONSABLE DE STRUCTURE INTERNE OU UNITE FONCTIONNELLE	p. 40

1. Bureau

Composition:

- Le chef de pôle
- Le cadre supérieur de pôle
- Le contrôleur de gestion
- Le directeur référent

Contributions :

- Elaboration du projet de pôle et du contrat de pôle en cohérence avec le projet médical
- Suivi de l'exécution du projet de pôle et du contrat de pôle à partir de tableaux de bord et définition des actions correctives à mettre en œuvre
- Préparation du bureau de pôle et de la contribution du pôle aux conférences mensuelles des pôles

Fonctionnement :

- Fréquence des réunions : mensuelle
- Un calendrier annuel est fixé en début d'année
- Animation des réunions par le chef de pôle
- Relevé de conclusions diffusé au Bureau de pôle, au Comité de direction et au Directoire

2. Comité de Pilotage du pôle

Composition :

- Le bureau du pôle
- Les responsables de service
- Les cadres du pôle
- En fonction des points inscrits à l'ordre du jour, le chef de pôle peut faire appel à la participation d'autres intervenants
- Le chef de pôle veille à l'équilibre de la représentation médicale / non médicale

Contributions :

- Informations sur l'élaboration du projet de pôle
- Suivi et actualisation du projet de pôle (au moins 1 fois par an)
- Informations sur le suivi de l'exécution du contrat de pôle et discussion relative aux actions correctives à mettre en œuvre
- Expression des problématiques liées aux parcours des patients
- Suivi d'activité et objectifs

Fonctionnement :

- Fréquence des réunions : 4 par an minimum
- Un calendrier annuel est fixé en début d'année
- Ordre du jour fixé par le quatuor de pôle diffusé au minimum 8 jours avant la réunion
- Compte-rendu rédigé par un secrétaire de séance diffusé aux membres du Bureau, au Comité de direction et au Directoire

3. Réunions de services du pôle

Composition :

- - Tous les professionnels médicaux et non médicaux du service (dont ceux de nuit)

Contributions :

- Informations sur le projet de pôle et son suivi
- Informations sur le projet de service et son suivi
- Informations sur le contrat de pôle et son suivi
- Expression des professionnels

Fonctionnement :

- Fréquence des réunions : 1 par an minimum par service
- Un calendrier annuel est fixé en début d'année
- Ordre du jour fixé par le responsable de structure interne et le cadre de santé
- Animation des réunions par le responsable de structure interne, le cadre supérieur de santé, le cadre de santé, en présence des autres membres du bureau
- Compte-rendu avec affichage au sein du service et diffusé au Bureau de pôle, au Comité de direction et au Directoire

1. Nomination :

Le chef de pôle est nommé pour 4 ans par le Directeur, sur présentation par le Président de la CME d'une liste de propositions (revoir après CME septembre). Le Directeur peut mettre fin à ses fonctions dans l'intérêt du service après avis du Président de la CME.

Une formation aux fonctions de chef de pôle lui est proposée par le Directeur.

- Une indemnité de fonction lui est versée selon la réglementation (part fixe mensuelle + part variable annuelle, déterminée par le Directeur en fonction de la réalisation des objectifs du contrat de pôle).

2. Missions :

- Le Chef de pôle met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle.
- Le Chef de pôle organise, en concertation avec l'encadrement supérieur, les équipes soignantes, médicales, administratives du pôle le bon fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et des objectifs prévisionnels du pôle, afin de mener à bien sa politique de gestion, après avis des instances représentatives compétentes.
- Le Chef de pôle exerce un rôle en concertation avec l'encadrement supérieur dans les domaines suivants pour lesquels il s'appuie sur l'organisation institutionnelle notamment : Direction des Ressources Humaines, Direction des Affaires Médicales et Juridiques et Direction des Soins :
 - Gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle ;
 - Gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux ;
 - Définition des profils de poste des personnels médicaux et pharmaceutiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière ;
 - Proposition au Directeur de recrutement du personnel non titulaire du pôle ;
 - Affectation des personnels au sein du pôle (personnels médicaux et personnels non médicaux) ;
 - Organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique ;
 - Participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux et pharmaceutiques.
- Le Chef de pôle signe avec le Directeur un contrat de pôle qui peut mettre en place une délégation de gestion dans les domaines listés ci-dessous à titre d'exemple :
 - Dépenses de crédits de remplacement des personnels non permanents ;
 - Dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux ;
 - Dépenses à caractère hôtelier ;
 - Dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical ;
 - Dépenses de formation de personnel en fonction du plan de formation institutionnel.

3. Positionnement :

- Le chef de pôle est membre de droit de la CME (il ne peut être Président de la CME). Il assure la concertation interne au sein du pôle.
- Le Chef de pôle est assisté par 1 cadre supérieur de santé. Un Directeur référent avec rôle de facilitateur, de conseil et de relai d'information a été désigné par le Directeur pour l'aider dans sa tâche. Il a également l'appui du contrôleur de gestion.
- Il a autorité fonctionnelle sur les personnels soignants, administratifs et médicaux du pôle et il intervient directement dans la gestion des personnels médicaux :
 - Validation des tableaux de service dont l'élaboration est assurée par les responsables de service concernés
 - Evaluation organisationnelle du responsable de service à partir des objectifs du pôle déclinés au niveau des services. Le Chef de pôle peut contractualiser avec les responsables de services des objectifs et des engagements en termes d'activité, de qualité et de continuité de la prise en charge des patients.

1. Nomination :

- Chaque secteur / service / structure comportant une ou plusieurs UF est placé(e) sous la responsabilité d'un responsable de service, praticien titulaire appartenant au pôle, dans le cadre d'une organisation générale définie par le Chef de pôle et dans le respect du projet de pôle.

- Le responsable de service est nommé par le Directeur, sur proposition du Chef de pôle et après avis du Président de la CME, pour une durée équivalente à celle du Chef de pôle de rattachement. Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de responsable de service par le Directeur qui peut prendre cette décision, soit de sa seule initiative, soit sur proposition du Chef de pôle (dans ce cas, le Directeur n'est pas lié par cette proposition et dispose alors d'un délai de 30 jours pour prendre sa décision à compter de la réception de la demande du Chef de pôle).

L'avis du Président de la CME est toujours requis pour une telle décision.

- En cas d'absence prolongée ou d'indisponibilité du responsable de service, l'intérim est assuré par un membre de l'équipe médicale du service désigné par le Directeur, sur proposition du Chef de pôle et après avis du Président de la CME.

2. Missions :

- Par délégation du Chef de pôle et en cohérence avec le projet de pôle, le responsable de service assure la prise en charge médicale, la mise au point des protocoles médicaux et leur mise en œuvre, ainsi que le suivi et l'évaluation des pratiques professionnelles.

- Le responsable de service assume la responsabilité médicale du service et en assure la conduite et le fonctionnement avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement.

Il organise le fonctionnement du service, et des activités médicales dans le respect de la déontologie de chaque praticien, en cohérence avec le projet de pôle et dans le respect de l'autorité fonctionnelle du Chef de pôle.

Il élabore le tableau de service médical et s'assure de la continuité des soins (plannings des personnels non médicaux) au niveau de son service, avant validation par le Chef de pôle.

- Il est garant et met en œuvre avec l'ensemble des personnels du service, la qualité des soins et la gestion des risques et leur amélioration.

- Il est responsable du suivi de l'ensemble des indicateurs d'activité et de qualité du service.

- Tout projet concernant l'organisation et le fonctionnement du service est communiqué au Chef de pôle.

Le responsable de service peut solliciter, après avis du Chef de pôle, l'expertise et la compétence du directeur référent, du contrôleur de gestion et du cadre supérieur de santé du pôle pour la réalisation d'études médico-économiques ou pour tout projet concernant le service et son organisation.

3. Evaluation des résultats :

- Le responsable de service peut contractualiser avec des praticiens de son service des objectifs individuels d'activité et de qualité.

- Le Chef de pôle peut contractualiser avec le responsable de service des objectifs d'activité, financiers et de qualité issus du contrat et du projet de pôle qui concernent le service.

- Le Chef de pôle évalue organisationnellement les résultats du responsable de service.

1. Nomination :

- Le cadre supérieur de pôle est nommé pour 4 ans par le Directeur, après concertation avec le chef de pôle et le Directeur des soins.
- Le Directeur peut mettre fin à sa mission de cadre supérieur de pôle, après concertation avec le chef de pôle et le Directeur des soins dans l'intérêt du service.
- Pour permettre au cadre de pôle de construire et mettre en œuvre le management interne du pôle (gouvernance), une formation aux fonctions de cadre de pôle lui est proposée par le Directeur, prenant notamment en compte le contexte de l'établissement et la mise en œuvre du projet médical.
- Une indemnité de fonction lui est versée (part fixe mensuelle) selon la réglementation.

2. Positionnement :

- Il est placé sous l'autorité fonctionnelle du Chef de pôle et hiérarchique du Directeur des Soins.
- Il est le responsable hiérarchique des cadres de santé et des personnels soignants non médicaux du pôle.
- Il assure un lien fonctionnel avec l'encadrement supérieur en position opérationnelle dans le pôle. Il travaille en partenariat avec les responsables médicaux des services et s'appuie sur le contrôle de gestion pour le bon fonctionnement du pôle.

3. Missions :

Mission générale :

Le cadre supérieur de pôle assiste le chef de pôle dans l'application de la politique et des objectifs du pôle déclinés dans le contrat de pôle. En collaboration permanente avec le Chef de Pôle :

- Il participe à la mise en œuvre du projet de pôle,
- Il assure le management de l'ensemble des cadres du pôle dans le respect des règles statutaires. Il décline les objectifs de management participatif en respectant le champ de l'autonomie des cadres de santé et des cadres supérieurs de santé en position opérationnelle dans la gestion des services ou des missions transversales qui leur sont confiées et en relation avec la Direction des Soins.

Missions détaillées en concertation avec le Chef de pôle :

• La conception et coordination des organisations de soins et des prestations associées :

- Pilote et coordonne l'activité d'organisation des soins et prestations associées pour l'ensemble des secteurs d'activités de soin du pôle.
- Contribue à l'élaboration du contrat de pôle et à la définition du projet de pôle en lien avec le projet d'établissement. Dans ce cadre, il décline le projet de soins en objectifs pour le pôle.
- Anticipe et propose des évolutions de l'organisation en réponse aux axes stratégiques.
- Suit les objectifs opérationnels attendus avec les indicateurs de suivi et de résultat fixés aux UF constituant les structures du pôle.
- Analyse les indicateurs définis dans le contrat de pôle avec l'assistance du contrôle de gestion.
- Contribue aux axes d'amélioration pour le pôle en matière de qualité de la prise en charge du patient (soins, actes, examens...) et de la gestion des risques.
- Participe à la démarche qualité et gestion des risques et à son évaluation. Il peut proposer des actions correctives.
- Anime la politique de relation avec les usagers au sein du pôle.

● **La gestion de l'information, des moyens et des ressources du secteur d'activités :**

- Pilote l'adaptation des ressources au niveau du pôle en lien avec le chef de pôle et les directions chargées de la gestion médico-économique.
- Définit et propose des allocations de moyens et de ressources pour le pôle ainsi que des réajustements.
- Propose au Chef de pôle la mise à disposition des ressources humaines et des moyens matériels adéquats afin d'atteindre les objectifs des projets.
- Assure un suivi des effectifs sur le pôle, des recrutements, de l'encadrement des personnels, des étudiants affectés dans les unités de soins.
- Coordonne l'allocation des moyens en termes d'équipements et d'investissements. Il gère en concertation avec le Chef de pôle les budgets alloués et apporte des éléments pour l'élaboration d'un budget annuel prévisionnel et ce en fonction de la délégation de gestion définie dans le cadre du contrat de pôle.
- Contribue à la définition et à l'exploitation des tableaux de bords. Il propose et évalue des actions à partir de ce suivi, et recherche en permanence l'optimisation des organisations, circuits et fonctionnements au regard du niveau d'activité
- Coordonne la rédaction du rapport annuel d'activité.

● **Le management, encadrement et animation des équipes pluri professionnelles :**

- Précise les attentes du pôle en matière d'encadrement et fixe les éléments de contrôle attendus de l'encadrement dans la réalisation des objectifs des structures .Il peut être amené à conduire des échanges et des concertations avec les partenaires sociaux. Il contribue au dialogue social.
- Recueille et partage les informations et anime les échanges sur le pôle.
- Pilote la politique de gestion des ressources humaines au niveau du pôle (besoins de recrutement, attractivité, fidélisation, mobilité, remplacements,) en coordination avec le chef de pôle, en fonction de la délégation de gestion définie dans le cadre du contrat de pôle.

● **La gestion et développement des compétences :**

- Propose des actions pour mettre en adéquation les besoins en compétences et les ressources humaines du pôle dans le cadre du projet de pôle et des évolutions de l'activité, en lien avec la politique de gestion prévisionnelle des emplois, des métiers et des compétences de la structure.
- Définit les besoins en formation du pôle pour élaborer le plan de formation et coordonne les actions de formation, en lien avec le projet de pôle.
- Propose et met en œuvre des programmes de développement professionnel continu.
- Applique la politique d'accueil et d'accompagnement des étudiants.

● **La participation et l'animation des travaux institutionnels :**

- Participe à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du projet d'établissement.
- Pilote des groupes de travail institutionnels visant à valoriser les outils de soins, les pratiques et transmissions de savoir-faire et savoir-être spécifique en psychiatrie.
- Coordonne la veille documentaire et réglementaire au sein du pôle.

1. Positionnement :

Il est placé sous l'autorité fonctionnelle du Chef de pôle et du cadre supérieur de santé du pôle et hiérarchique du Directeur des Soins.

Ses missions sont fixées par le chef de pôle en collaboration avec le cadre supérieur de pôle, il travaille en partenariat avec les responsables médicaux des services.

2. Cadre général de la mission :

- Veille à l'opérationnalité de la mise en œuvre des projets de soins et évalue, en fonction d'indicateurs de suivi et de résultats les structures de soins confiées à sa responsabilité.
- Rend compte de l'atteinte des objectifs fixés. Pour cela, il réalise des points d'étapes et bilans réguliers qu'il transmet au cadre supérieur de pôle.
- Guide les cadres de proximité dans leurs actions de gestion quotidienne des unités de soins.
- Est le garant du respect des règles professionnelles en fonction des missions de chacun.
- Participe dans son domaine de compétence, aux phases d'élaboration du projet d'établissement et du projet de pôle.

3. Cadre spécifique de la mission :

• Organisation des soins et des prestations associées :

- Il est le garant de la qualité de la prise en charge du patient
- Il met en œuvre l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins directs et indirects dans les structures dont il est responsable.
- Il met en place une analyse continue des indicateurs de la qualité et de la sécurité des soins, en lien avec le service qualité de l'établissement pour développer la politique qualité et gestion des risques.
- Il facilite auprès des équipes l'adaptation des connaissances à l'évolution des conceptions de soins et des pratiques professionnelles.
- Il élabore, met en place, suit et rend compte au cadre supérieur de pôle de la réalisation des missions qui lui sont confiées au titre du projet de pôle.

• Gestion de l'information, des moyens et des ressources du secteur d'activité :

- A partir de la connaissance des ressources humaines et matérielles dont il a la responsabilité, il évalue les besoins d'adaptation afin de proposer au cadre supérieur de pôle les réajustements nécessaires à l'atteinte des objectifs.
- A partir d'une analyse de terrain, il assure la meilleure répartition des ressources humaines et matérielles au sein des structures dont il a la responsabilité.
- Il répartit les ressources humaines en fonction des compétences attendues dans les structures de soins. Il assure la meilleure opérationnalité possible des compétences pluri professionnelles mises à disposition pour réaliser les soins.

● **Management, encadrement et animation des équipes pluri professionnelles :**

- Il manage les équipes d'encadrement de proximité des structures qui lui sont confiées.
- Il est attentif aux risques psycho-sociaux des personnels qu'il encadre.
- Il guide les cadres de proximité dans la gestion optimale des ressources humaines et assure l'évaluation des projets au sein des structures confiées.
- Il recueille et partage les informations ascendantes et descendantes.
- Il favorise l'adaptation des moyens techniques et pratiques à toute évolution de la conception des soins. (analyse de l'existant et proposition d'arbitrage)

● **Gestion et développement des compétences :**

- A partir d'une analyse de moyens, il rend compte au cadre supérieur de pôle de toute nécessité d'adaptation et d'évolution des compétences concourant à l'activité attendue.
- A ce titre, il aide à la définition des objectifs prioritaires du plan de formation du pôle.
- Dans le cadre du projet de formation du pôle, il met en place et organise les formations nécessaires.
- Il valorise les orientations du pôle en matière de formation
- Il s'assure de l'application de la politique de l'établissement en matière d'accueil et d'accompagnement des étudiants.

● **Participation et animation des travaux institutionnels ou projets émanant du pôle :**

- Il participe à l'élaboration, la mise en œuvre, et l'évaluation du projet d'établissement.
- Il pilote des groupes de travail institutionnels visant à valoriser les outils de soins, les pratiques et transmissions de savoir-faire et savoir-être spécifique en psychiatrie.
- Il participe à des missions transversales qui lui sont confiées au sein du pôle.

1. Positionnement :

Le cadre de santé est placé sous l'autorité fonctionnelle du Chef de pôle et du responsable de service et hiérarchique du cadre supérieur de santé du pôle et du cadre supérieur de santé en position opérationnelle.

2. Généralités sur la fonction :

Le cadre de santé coordonne des actions liées aux soins au sein des structures internes et/ou de façon transversale dans et hors de l'établissement en collaboration avec le responsable médical de l'UF.

Il veille à l'efficacité des interfaces entre l'institution, les familles, les associations de patients, les équipes médicales, les services d'appui, les différents intervenants de l'établissement ou des partenaires.

Il manage l'équipe paramédicale et éducative rattachée à une unité, en veillant à l'efficacité, la sécurité et la qualité des soins.

Ses missions sont: "Animation - Coordination -Gestion - Contrôle et évaluation - Formation - Recherche".

Le cadre de santé participe à la coordination des logiques, des actions et des moyens :

- Il mobilise les compétences de l'équipe au service d'un projet de soins et en assure la mise en œuvre.
- Il évalue les besoins de formation.
- Il s'inscrit dans une démarche de recherche dans le domaine du soin comme de la pédagogie.

3. Fonction encadrement de proximité :

Au centre hospitalier du Rouvray, le cadre participe en collaboration avec les différents intervenants médicaux et non médicaux, à la définition du projet et des objectifs de la structure interne.

Responsable de la gestion, il organise la prise en charge globale de la personne soignée pour apporter des réponses adaptées à ses besoins de santé.

Il a un rôle d'encadrement et d'animation de l'équipe.

Il est responsable et garant de l'application de la prescription médicale, de l'administration des soins et de la gestion administrative de l'unité.

Dans le cadre du projet d'établissement et du projet de pôle, le cadre de santé collabore :

- Au sein de l'équipe d'encadrement et sous la responsabilité de la direction des soins à la mise en œuvre du projet de soins dans le respect des règles éthiques et professionnelles,
- Sous la responsabilité du CSS de pôle et en lien avec les Cadres Supérieurs de Santé en position opérationnelle, à la mise en œuvre du projet spécifique du pôle,
- A des missions transversales au sein du pôle et/ou de l'établissement.

Dans le cadre des missions déléguées par le cadre supérieur de pôle, le cadre de santé :

- Assume la responsabilité de la mise en œuvre des missions qui lui sont confiées et en rend compte à l'encadrement médical et paramédical.
- Participe au rapport d'activité.

4. Organisation des soins :

En collaboration avec le responsable médical de l'UF et l'encadrement supérieur de santé, il assure :

- La mise en œuvre du projet de service optimisant le parcours de la personne soignée,
- La gestion des ressources et moyens de l'unité en garantissant la continuité des soins,
- Une organisation des soins selon les critères de qualité et sécurité centrés sur les besoins du patient,
- Le respect des protocoles et procédures et veille à la collaboration entre les professionnels,
- Le respect des règles de sécurité des biens et des personnes.
- La qualité des soins, des transmissions, de la confidentialité, (suivi de l'application et proposition de mise à jour des procédures, protocoles, réalisation d'audits, suivi d'indicateurs)
- Les relations avec les familles et les patients,
- La mise en œuvre, le contrôle, l'évaluation et le réajustement de l'organisation des soins ; il favorise l'évaluation des pratiques professionnelles,
- Le recueil des éléments concourant au bilan des activités,
- Le développement de la culture du signalement des risques, leur analyse, l'élaboration de plan d'action et le suivi de la mise en place des actions inhérentes à la structure,
- Le suivi et l'application d'indicateurs sentinelles et de contrôle de conformité.

5. Ressources humaines :

En collaboration avec le cadre supérieur de santé en position opérationnelle, il :

- Elabore des plannings par structure interne dans le respect de la réglementation,
- Assure la gestion des plannings prévisionnels et réalisés,
- Met en adéquation les ressources et la charge de travail,
- Anime et recherche la cohésion du groupe autour d'objectifs communs,
- Participe à l'identification et au développement de compétences ou qualifications en regard de l'évolution de l'activité
- Suscite l'implication du personnel dans des travaux de réflexion,
- Incite le personnel à innover et favorise la prise d'initiative,
- Accompagne les changements,
- Veille aux risques psycho-sociaux,
- Accompagne les projets professionnels des agents
- Réalise l'évaluation des membres de l'équipe soignante et éducative, identifie les besoins en formation,
- Assure l'accueil des nouveaux personnels

6. Activités économiques et financières :

Le cadre de santé :

- Recense et évalue les besoins matériels,
- Sensibilise le personnel à une gestion adaptée des matériels,
- Veille à la maintenance et au fonctionnement optimal des matériels et équipements,
- Gère les équipements, les stocks et les approvisionnements,
- Contribue à la mutualisation des matériels et équipements.

7. Relation / communication / information :

Le cadre de santé :

- Favorise la communication au sein de l'équipe pluri professionnelle,
- Etablit des relations de travail avec tous les acteurs hospitaliers et veille au respect mutuel,
- Coopère avec les professionnels du territoire de santé,
- Diffuse l'information relative aux soins et activités paramédicales,
- Organise et anime des réunions pour initier et maintenir une dynamique d'équipe en favorisant la réflexion clinique et éthique.
- Assure la gestion des conflits au sein de sa structure interne, en s'appuyant, si besoin, sur le Cadre Supérieur de Santé en position opérationnelle et le dispositif institutionnel.
- Relais l'information institutionnelle,
- S'assure de la communication de l'information auprès des patients et leurs proches.

8. Formation et recherche :

Le cadre de santé :

- Accueille les stagiaires, organise leur encadrement, optimise le parcours de stage et supervise les évaluations,
- Assure la fonction de maître de stage auprès des étudiants.
- Contribue à la formation initiale et continue des personnels paramédicaux et éducatifs,
- Contribue à l'amélioration de la prise en charge des patients par le développement d'actions de recherche clinique, d'éducation à la santé et thérapeutique.
- S'inscrit dans une posture réflexive sur la pratique managériale à titre individuel et/ou collectif.

PREAMBULE :

Dans le cadre de la nouvelle organisation de la gouvernance interne, une partie des membres de l'équipe de direction devient référent des 4 pôles du Centre Hospitalier du Rouvray.

Ces Directeurs référents sont désignés par le Directeur pour accomplir une mission de facilitateur et d'accompagnateur des projets du pôle, en apportant leur expertise médico-économique auprès des binômes de pôle, afin de renforcer la mise la cohérence entre la stratégie du pôle et la stratégie globale de l'établissement.

1. Positionnement du Directeur référent de pôle

- Le Directeur référent travaille en étroite collaboration avec le chef de pôle, le cadre supérieur de santé du pôle et si nécessaire le contrôleur de gestion.
- Le Directeur référent n'est pas soumis à l'autorité fonctionnelle du chef de pôle. Il est un facilitateur qui n'intervient pas dans le processus de décision du pôle.
- Il est un interlocuteur privilégié pour le pôle au sein de l'équipe de direction et apporte au pôle son expertise sur la conduite de projets à mener.

2. Missions opérationnelles du Directeur référent

Le Directeur référent participe à la vie du pôle :

- Il est associé à la réflexion relative à la stratégie du pôle ainsi qu'aux coopérations à mener avec les autres pôles.
- Il participe à l'élaboration du contrat de pôle ainsi qu'à la rédaction du projet médical du pôle en cohérence avec le projet d'établissement et les autres projets de pôle.
- Il participe aux réunions du pôle, il est membre du Bureau du pôle et met son expertise au service du pôle.
- Il participe à l'analyse régulière de la situation du pôle grâce notamment aux tableaux de bord

Le Directeur référent facilite les démarches du pôle :

- Il a un rôle de conseil, de relais d'informations et de facilitateur pour tous les projets du pôle ou impliquant une collaboration des directions fonctionnelles.
- Il accompagne le pôle dans la mise en œuvre de son projet médical et dans l'exécution des objectifs de son contrat de pôle, dans le respect des orientations générales et de la dynamique financière du projet d'établissement.

1. Nomination :

Le contrôleur de gestion de pôle est nommé par le Directeur.

2. Positionnement :

Il est placé sous l'autorité hiérarchique du Directeur des Affaires générales et est mis à disposition des pôles.

Il est positionné en accompagnement du trio de pôle.

Il assure l'interface entre le pôle et les directions fonctionnelles dans son domaine de compétence.

Il travaille en coopération avec les RSI, la Direction des Finances, le Département d'information médicale.

3. Missions (dans son domaine de compétence) :

• Générales :

Le contrôleur de gestion de pôle apporte son assistance au chef de pôle, au cadre supérieur assistant du Chef de pôle et aux personnels désignés par ce dernier, dans l'élaboration et l'application de la politique et des objectifs du pôle, en cohérence avec la politique générale de l'établissement.

Ces objectifs sont déclinés dans le contrat de pôle.

• Détaillées :

- Il contribue à l'amélioration de l'efficience du pôle et à l'amélioration de l'adéquation des moyens par activité.
- Il élabore les tableaux de bord.
- Il conduit, concernant les dépenses du pôle, des études de coût sur le périmètre du pôle.
- Il fournit les éléments d'activité au Chef de Pôle en vue de la préparation des réunions internes au pôle pour lesquelles il assurera une présentation.
- Il assiste le chef de pôle et le cadre de pôle dans l'analyse des statistiques, la compréhension des indicateurs et de la comptabilité analytique.
- Il suit l'évolution du contrat de pôle et de ses indicateurs. Il est associé à la préparation des bilans annuels et infra-annuels.
- Il est associé aux réflexions et décisions relatives aux évolutions organisationnelles du pôle. A ce titre, il analyse l'efficience des projets et émet des préconisations.

► PROCEDURE RELATIVE A LA NOMINATION DES CHEFS DE POLES

- Information, par la Direction, de la vacance des fonctions de Chef de pôle auprès du personnel médical du pôle concerné

- Dans un délai de 15 jours, expression des candidatures auprès du Chef de pôle encore en fonction, du Président de la CME, et du Directeur

- Avis du personnel médical du pôle (tous statuts, sauf internes) sur les candidatures :
 - Convocation, par le Chef de pôle encore en fonction, du personnel médical, du pôle 15 jours avant la réunion
 - Vote à bulletin secret le jour de la réunion avec possibilité de vote par correspondance
 - Résultat du vote communiqué au Président de la CME et au Directeur

- Le Président de la CME transmet au Directeur une liste de proposition (s) aux fonctions de Chef de pôle (de 1 à 3 noms)

- Nomination, par le Directeur, du Chef de pôle, pour une période de 4 ans, renouvelable

► PROCEDURE RELATIVE A LA NOMINATION DE RESPONSABLE DE SERVICE

- Information, par la Direction, de la vacance des fonctions de Responsable de service auprès du personnel médical du service concerné

- Dans un délai de 15 jours, expression des candidatures auprès du Chef de pôle, du Président de la CME, et du Directeur

- Avis du personnel médical du service concerné (tous statuts, sauf internes) sur les candidatures et proposition du Chef de pôle :
 - Convocation, par le Chef de pôle, du personnel médical du service, 15 jours avant la réunion
 - Vote à bulletin secret, le jour de la réunion avec possibilité de vote par correspondance
 - Résultat du vote communiqué par le Chef de pôle au Président de la CME et au Directeur
 - Proposition du Chef de pôle également communiquée au Président de la CME et au Directeur

- Le Président de la CME transmet au Directeur, après proposition du Chef de pôle, une proposition pour la nomination aux fonctions de Responsable du service

- Nomination, par le Directeur, du Responsable de service, pour une période de 4 ans, renouvelable

► PROCEDURE RELATIVE A LA NOMINATION DE RESPONSABLE DE STRUCTURE INTERNE OU UNITE FONCTIONNELLE

- Information, par la Direction, de la vacance des fonctions de Responsable de structure interne ou unité fonctionnelle auprès du personnel médical du service concerné

- Dans un délai de 15 jours, expression des candidatures auprès du Chef de pôle, du Président de la CME, et du Directeur

- Avis du personnel médical du service concerné (tous statuts, sauf internes) sur les candidatures et proposition du Chef de pôle :
 - Convocation, par le Chef de pôle, du personnel médical du service, 15 jours avant la réunion
 - Vote à bulletin secret, le jour de la réunion avec possibilité de vote par correspondance
 - Résultat du vote communiqué au Président de la CME et au Directeur
 - Proposition du Chef de pôle également communiquée au Président de la CME et au Directeur

- Le Président de la CME transmet au Directeur, après proposition du Responsable de service et du Chef de pôle, une proposition aux fonctions de Responsable de structure interne ou d'unité fonctionnelle

- Nomination, par le Directeur, du Responsable de structure interne ou d'unité fonctionnelle, pour une période de 4 ans, renouvelable

3^{ème} partie

PATIENTS

3^{ème} PARTIE : PATIENTS

- ▶ **TARIFS** p. 43

- ▶ **HOSPITALISATION A TEMPS COMPLET** p.44 à 47

- ▶ **UNITE POUR MALADES DIFFICILES (UMD ERASME)** p.48 à 52

- ▶ **UNITE D'HOSPITALISATION POUR PERSONNES DETENUES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX (UNITE BADINTER)** p. 53-54

- ▶ **LIBERTE DE CONSCIENCE PHILOSOPHIQUE, POLITIQUE, RELIGIEUSE** p. 55

- ▶ **ARCHIVES MEDICALES CENTRALISEES** p. 56

- ▶ **DEPARTEMENT D'INFORMATIONS MEDICALES** p. 57

- ▶ **COMMISSION DES USAGERS** p. 58

► TARIFS AU 01.08.2015

• **Les tarifs journaliers des frais de séjour, le forfait journalier, et les dispositions relatives au régime particulier sont affichés au bureau des entrées et dans chaque unité.**

• **Téléphone :**

- Forfait pour ouverture de ligne : 4.50 €

- Coût de la communication variable selon le support appelé, le lieu appelé et la durée de la communication

• **Repas pour accompagnant et personne autorisée : 6.83 €**

• **Accès au dossier médical à prix coutant :**

- - Facturation des frais de copie : 0.08 €

- - Facturation des frais d'envoi postal en recommandé selon le poids de l'envoi

● Admission :

Lors de l'admission, un inventaire contradictoire (patient et un ou deux agents) est effectué.

Il est vivement conseillé au patient de ne pas conserver d'argent, cartes bancaires, carnets de chèques, objets de valeur.

Les sommes d'argent, cartes bancaires, carnets de chèques, objets de valeur non remis à la famille sont déposés, avec indication de leur nature et de leur montant, dans un coffre à la Direction de l'accueil et des finances (bureau des entrées) avec possibilité de retrait, du lundi au vendredi de 8h30 à 16h30.

Après un mois, ils sont transférés à la trésorerie de Sotteville-lès-Rouen (Avenue Jean Jaurès proximité hôtel de ville) ouverte de 9h00 à 12h00 et de 14h00 à 16h00.

Les objets déposés sont restitués, sur présentation d'une pièce d'identité du patient et du reçu remis lors de l'admission.

Si le retrait est effectué par une tierce personne, celle-ci devra être en possession d'une procuration signée, de la pièce d'identité du patient et devra justifier de son identité, auprès du bureau des entrées du Centre Hospitalier du Rouvray, ou de la trésorerie de Sotteville.

Si le patient conserve les sommes, cartes, carnets et objets mentionnés ci-dessus, le Centre Hospitalier du Rouvray décline toute responsabilité.

● Séjour :

- Lors du séjour du patient, intervient l'équipe pluridisciplinaire d'une unité intégrée à un pôle. Cette équipe comprend notamment :

- Personnel médical (praticiens hospitaliers, internes...)
- Psychologues
- Personnels infirmiers (cadres, infirmiers)
- Aides-soignants
- Agents d'entretien
- Assistante sociale
- Assistante médico-administrative
- Personnel de rééducation
- Educateurs spécialisés...

- En raison de la configuration des locaux et notamment de l'impossibilité de différencier des locaux pour les patients en hospitalisation libre de ceux en hospitalisation complète sur décision du Directeur ou du représentant de l'Etat, les portes de l'unité d'hospitalisation sont fermées. Cependant, les patients en hospitalisation libre, peuvent librement sortir de l'unité en demandant à un agent de celle-ci de lui ouvrir la porte de l'unité.

- Le patient doit faire preuve de respect à l'égard des autres patients hospitalisés et du personnel. Il doit également respecter les locaux.

Dans la mesure du possible, sa tenue vestimentaire doit être correcte, dans le respect de sa dignité.

• **Séjour : (suite)**

- **Nourriture et linge :**

- Les repas sont pris dans la salle à manger de l'unité habituellement aux horaires suivants :

Petit déjeuner	: 08h30 - 09h30
Déjeuner	: 12h00 - 13h30
Goûter	: 16h00 - 17h00
Dîner	: 19h00 - 20h30

Le patient, avec l'équipe soignante et en utilisant des fiches de commande à sa disposition dans la salle à manger, a la possibilité de choisir ses repas. Ces fiches de commande sont relevées tous les soirs. Pour permettre une appréciation du patient concernant la qualité des repas, des fiches d'appréciation sont à sa disposition.

Dans un souci de sécurité alimentaire, il est fortement déconseillé de se faire apporter des produits périssables ou frais, et le patient ne doit pas se faire livrer de la nourriture par des sociétés privées (livraison de pizza...).

▪ **Linge :**

Le linge de lit et de toilette est fourni et entretenu par le Centre Hospitalier du Rouvray. Le patient prend en charge son linge personnel avec en général l'aide de sa famille.

- Le patient peut bénéficier de la mise à disposition de livres, magazines, jeux.

- **Visites :**

Les visites sont prévues de 14h00 à 19h00 sauf avis médical ou soignant contraire, dans l'intérêt du patient. Sauf autorisation du personnel médical, elles ne sont pas autorisées aux enfants de moins de 15 ans.

- **Entretien avec les familles, les personnes de confiance, et les proches :**

Cet entretien a lieu sur demande auprès de l'équipe soignante.

- **Vaguemestre et téléphone :**

- Les patients peuvent, en le demandant à l'équipe soignante, utiliser le service de vaguemestre et le courrier peut être adressé aux patients à l'adresse suivante :

CH du Rouvray
Unité (...)
Nom (...) Prénom (...)
4, rue Paul Eluard – BP 45 – 76301 Sotteville-lès-Rouen

- Téléphone : L'utilisation du téléphone fixe ou portable est possible sauf avis médical ou soignant contraire, dans l'intérêt du patient.

- **Appareil audio et matériel informatique du patient:**

L'utilisation de cet appareil et de ce matériel est possible sauf avis médical ou soignant contraire, dans l'intérêt du patient.

• **Séjour (suite) :**

- Les patients ont l'interdiction de fumer ou de vapoter dans l'unité.

Ils ont la possibilité de fumer ou vapoter dans le jardin de l'unité ou dans le parc de l'hôpital.

Quand l'unité ne dispose pas de jardin, les patients ont la possibilité de fumer ou vapoter dans un espace dédié. Les possibilités de fumer ou de vapoter sont résumées dans le tableau ci-dessous.

POLE	UNITE		POSSIBILITE DE FUMER OU VAPOTER	
	Secteur	Dénomination	Niveau	Jardin

Pôle de psychiatrie générale Vallée de Seine, Caux et Bray				
G 06	Fanon 2	1 ^{er} étage	x	
	Fanon 1	RDC	x	
G 07	Artaud	1 ^{er} étage		x
	Pinel	RDC	x	
	Pussin	1 ^{er} étage	x	
G 10	Duchêne 1	RDC+ 1 ^{er} étage	x	
	Duchêne 2	RDC + 1 ^{er} étage	x	
Hospitalisation détenus	Badinter	RDC	x	

Pôle de psychiatrie générale Rouen Rive Droite				
G 03 (Sotteville)	H.Ey	RDC	x	
	St Jean	RDC	x	
G 03 (CHU)	Colonna		x	
	Soins non programmés	UNACOR	RDC	x
Psy personnes âgées	Matisse	RDC	x	
G 05	Maupassant	1 ^{er} étage		x
	Duchamp	RDC	x	
G 08	Verlaine	RDC	x	
	Henderson	RDC	x	

Pôle de psychiatrie générale Rouen Sud Elbeuf				
G 01	Flaubert	RDC	x	
	Monet	1 ^{er} étage	x	
G 02	Daumezon 1	RDC		x
	Daumezon 2	1 ^{er} étage		
G 04	De Nerval	RDC	x	
	Tosquelles	1 ^{er} étage	x	
G 09	Lacan 1	1 ^{er} étage		x
Addicto (CH Rouvray) Addicto (CHU)	J P. Pot	RDC	X	
	Lacan 2	RDC	x	
UMD	Erasme	RDC	x	

• **Séjour (suite) :**

Les patients ont l'interdiction d'apporter ou de conserver des médicaments, de l'alcool, tout produit illicite et tout objet dangereux.

Afin de protéger les patients et les agents (notamment secret, et droit à l'image) il est interdit de les photographier et de les filmer.

• **Permission de sortie et autorisation de sortie :**

- **Pour les patients en hospitalisation libre**, une permission de sortie liée à la longueur du séjour et à l'état du patient, est possible pour une durée maximale de 48h. Celle-ci est mentionnée dans le dossier du patient et intégrée dans le logiciel C-Page.

- **Pour les patients en hospitalisation sur Décision du Directeur ou sur arrêté du représentant de l'Etat**, des autorisations de sortie sont possibles en application des dispositions réglementaires (sortie accompagnée n'excédant pas 12h, ou sortie non accompagnée d'une durée maximale de 48h).

● **Dispositions générales, soins, vie collective :**

- Dispositions générales

Le patient est admis par arrêté du représentant de l'Etat dans l'Unité Erasme, Unité pour Malades Difficiles. Cette unité accueille des patients relevant de soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète et dont l'état de santé requiert la mise en œuvre sur proposition médicale dans un but thérapeutique de protocoles de soins intensifs et de mesure de sécurité particulière.

Conformément au Code de la Santé Publique L 3211-3, les restrictions à l'exercice des libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état mental du patient et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité du patient doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

- Soins :

L'UMD comprend une équipe composée notamment de :

- Psychiatres
- Psychologues
- Infirmiers
- Aides-soignants
- Assistante Médico administrative

Cette équipe est à la disposition du patient pour l'ensemble des soins adaptés à sa prise en charge.

Cette équipe, pour des activités spécifiques, est complétée des professionnels suivants :

- Educateurs spécialisés, éducateurs sportifs
- Ergothérapeutes, art-thérapeutes
- Est dédiée à des activités thérapeutiques spécifiques :
- Dessin, peinture, céramique
- Musique, théâtre
- Jardinage, sport
- Cuisine
- Jeux de société, relaxation...

- Vie collective :

Le respect des règles de base de toute collectivité est attendu de chacun.

Tout débordement ou passage à l'acte fait l'objet d'une prise en charge par l'équipe soignante et d'une information au médecin.

Les comportements violents et les menaces graves sont signalés à la direction de l'Établissement, et peuvent faire l'objet de dépôt de plaintes.

• Locaux de l'UMD

Chaque unité de l'UMD comprend une partie jour et une partie nuit.

- Partie jour : salle de soins, réfectoire, salles d'attente et d'activité (3 pièces), cour.
- Partie nuit : chambres individuelles avec cabinet de toilette (lavabo, douche, wc), salle de bain avec baignoire, bagagerie

• Chambre, rangement, hygiène de vie, repas :

- **Chambre** :

Chaque chambre est équipée d'un placard pour ranger les affaires qui peut être fermé à clé en totalité ou en partie. Dans la chambre, le port du pyjama personnel est autorisé. Le patient doit assurer le rangement de ses affaires et la réfection de son lit, le personnel étant présent pour l'aider.

Le réveil s'effectue généralement à 7h30 en semaine et 8h30 le week-end.

Un temps de repos a lieu tous les jours de 13h30 à 15h00 dans la chambre et le week-end de 13h30 à 14h45.

Le soir, le retour en chambre s'effectue à 20h30. Entre 22h00 et 22h30 après l'administration des traitements, les lumières des chambres sont éteintes.

Sur indication infirmière (sauf avis médical contraire), le patient peut retourner dans votre chambre dans sa journée. La mise en pyjama s'effectue dans la salle de bain fermée.

Dans la partie nocturne, les chaussures sont interdites, et le patient doit mettre ses pantoufles.

- **Rangement (bagagerie et casier)** :

Dans la bagagerie de l'unité, à laquelle le patient n'a pas accès, le personnel soignant stocke une partie de des bagages et du linge du patient.

Un casier est à la disposition du patient côté jour pour y ranger les objets autorisés dont il a besoin dans la journée.

Ces espaces peuvent être contrôlés à tout moment par l'équipe soignante.

Les casiers sont contrôlés toutes les nuits par l'équipe.

- **Hygiène de vie** :

La douche quotidienne est recommandée au lever entre 7h30 et 8h00. Le nécessaire de toilette est à la charge, selon ses possibilités. Il est possible d'effectuer ces achats par l'intermédiaire de la cafétéria. Seuls les rasoirs électriques rechargeables sont autorisés.

Le patient doit avoir une hygiène correcte, sous-vêtements et chaussettes changés tous les jours.

L'entretien des vêtements est effectué par l'Établissement.

Pour les patients ne disposant pas d'un vestiaire suffisant, le CH du Rouvray procède à une dotation adaptée.

- **Repas** :

Les horaires des repas sont les suivants :

- 08h30-9h00 : petit-déjeuner, 9h30-10h le week-end
- 12h30-13h15 : déjeuner
- 16h30-16h45 : goûter
- 19h30-20h15 : dîner

Les repas sont servis collectivement, dans la salle à manger de l'unité. Ils ne peuvent y entrer avec leur manteau et les patients doivent avoir la tête découverte.

Le patient a la possibilité de choisir son repas à partir des menus proposés. Lors de la commande, une semaine à l'avance, les soignants le conseillent afin de favoriser un bon équilibre nutritionnel. Au cours du repas, aucune sortie ne peut être autorisée et aucun aliment ne doit être échangé, pain compris.

Avant toute sortie de la salle à manger, l'ensemble des couverts est comptabilisé. Le patient ne peut quitter la salle à manger avant d'y être invité par le personnel soignant.

Si le patient est en chambre d'isolement, les repas sont servis dans cette chambre.

● **Activités** : (Télévision, internet, MP3, cafétéria) :

- **Télévision** :

Les programmes de télévision sont définis à l'avance avec l'équipe soignante.

- **Internet** :

Une cabine Web est installée dans l'unité de soins. Cependant, son accès s'effectue après autorisation médicale et toujours en présence d'un soignant.

- **MP3** :

Seuls sont autorisés les lecteurs ayant une capacité interne de stockage (sans carte).

Le téléchargement de fichier est effectué la nuit en fonction des demandes formulées dans la journée. Les lecteurs MP3 sont rechargés la nuit.

Ils ne sont pas autorisés dans la salle à manger et pendant les activités thérapeutiques.

Ils sont rangés avant le repas du soir.

- **Cafétéria** :

Les horaires d'ouverture sont les suivants:

- 16h45 - 8h15 une journée sur deux en alternance entre les deux unités.

- Le week-end, en fonction des activités proposées : 15h00 à 17h30.

Le patient peut accéder à la cafétéria selon des modalités définies en accord avec le médecin.

Aucune denrée alimentaire ne peut être rapportée dans l'unité.

Le patient peut offrir des consommations aux autres patients mais pas au personnel soignant.

Le personnel de la cafétéria n'est pas habilité à distribuer du tabac. Si le patient souhaite fumer dans la cour de la cafétéria, il doit organiser son approvisionnement.

A l'intérieur de la cafétéria, se trouve une bibliothèque de prêt.

● **Accès à la cour extérieure** :

Le patient a accès à cet espace généralement aux horaires suivants :

- 09h00 - 12h00

- 13h15 - 13h30

- 15h00 - 19h00

- 20h15 - 20h45

● **Si le patient est fumeur** :

Les médecins sont disponibles pour l'aider dans l'arrêt du tabac : prescription éventuelle de patchs ou autres substituts à la nicotine.

Il est interdit de fumer et de vapoter dans les locaux de l'unité.

La gestion du tabac se fait dans l'unité de soins.

Le patient est autorisé à fumer uniquement dans les cours.

Les briquets ainsi que les allumettes sont interdits.

Des allume-cigarettes et des cendriers sont à disposition dans les cours.

● **Achats, argent, échanges d'objets :**

- **Achats :**

Concernant l'achat de denrées alimentaires, le personnel soignant peut être amené à limiter ces achats, dans le cadre de son rôle propre, et dans le respect de l'équilibre alimentaire du patient.

Concernant l'achat de biens matériels ou de tabac, soumis à autorisation, ces achats sont réalisés par un agent de l'hôpital ou organisés dans un cadre légal. Les dates d'achat sont notifiées dans l'unité de soins.

- **Argent :**

Toute circulation d'argent est interdite.

Une procédure de dépôt de valeurs est appliquée à toute admission ou, le cas échéant, au cours de l'hospitalisation.

- **Échanges d'objets :**

Les échanges d'objets de toutes sortes sont, y compris les cigarettes, interdits.

A la sortie de l'UMD, aucun objet ne peut être offert à un autre patient.

● **Communication (téléphone, courrier, visites) :**

- **Téléphone :**

Les téléphones portables ne sont pas autorisés dans l'UMD.

Sur demande du patient, les communications téléphoniques sont soumises à l'accord écrit du médecin, notamment la fréquence des appels (émis ou reçus). Ces communications sont réalisées dans la cabine téléphonique de l'unité.

La communication ne peut excéder 15 minutes et peut, en cas de propos inadaptés ou pour nécessité de service, être interrompue par le personnel.

- **Courrier :**

Le patient a la possibilité d'envoyer et de recevoir du courrier relevé et distribué du lundi au vendredi.

A l'exception des courriers destinés aux autorités administratives, tout courrier non timbré n'est pas envoyé. Vous pouvez vous procurer des timbres lors de la commande hebdomadaire.

- **Visites :**

Elles nécessitent un accord médical écrit sauf les visites des avocats. Un rendez-vous est pris par le visiteur auprès du cadre de santé. La visite de mineurs est soumise à autorisation médicale et n'est pas nécessairement autorisée.

Le nombre de visiteurs est limité à 3 personnes munies obligatoirement d'une pièce d'identité.

Les visites peuvent avoir lieu tous les jours de la semaine de : 15h00 à 16h30.

Elles s'effectuent en présence d'un soignant, dans le salon de visite.

Pendant la visite, sont interdites l'utilisation des téléphones portables et la prise de photos.

La liste des objets dont la remise est interdite est communiquée.

Les visiteurs sont autorisés à apporter des objets ou denrées alimentaires dans leur conditionnement plastique d'origine.

Tout objet ou denrée est au préalable contrôlé par un soignant et inventorié. Les objets ou denrées sont stockés dans le magasin et, tout ou partie, peuvent être restitués lors des horaires d'ouverture de la cafétéria.

En cas de violence verbale ou physique, les visites peuvent être interrompues à tout moment.

A la fin de la visite, le patient est reconduit dans sa chambre afin de pouvoir se changer entièrement et une vérification de ses vêtements est effectuée par le personnel soignant.

- **Dispositions spécifiques relatives à l'hospitalisation de personnes détenues souffrant de troubles mentaux (CSP L 3214-1 et D398 du CPP).**

Sauf contre-indication du personnel médical en charge du patient détenu, celui-ci dispose du droit de communiquer dans la limite de la réglementation pénitentiaire.

- Téléphone :

Les communications avec la justice sont possibles, selon les modalités autorisées par celle-ci et en fonction de l'organisation mise en place par l'équipe soignante.

- Courrier :

Le courrier est transmis à la Maison d'arrêt qui en assure la destination, selon les dispositions du Code de Procédure Pénale, notamment aux articles D. 413 à D. 419.

Le patient peut directement saisir par écrit le préfet, le procureur, le juge des libertés ou la commission départementale des soins psychiatriques, concernant les conditions de son hospitalisation.

- Visites :

Elles sont autorisées aux membres de la famille ou aux proches, disposant d'un permis de visite délivré par l'autorité compétente. Pour l'avocat, la visite est de droit.

• Culte :

Sur sollicitation du patient auprès du personnel soignant, celui-ci contacte le représentant du culte.

► UNITE D'HOSPITALISATION POUR PERSONNES DETENUES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX UNITE BADINTER

- Le patient est admis par arrêté du représentant de l'Etat dans l'unité BADINTER, unité pour l'hospitalisation de personnes détenues souffrant de troubles mentaux.

Cette unité comprend une équipe pluridisciplinaire composée de :

- Médecins
- Cadre supérieur de Santé
- Cadre de Santé
- Psychologue
- Infirmiers
- Aides-soignants
- Agents bio-nettoyage

• Admission et période d'observation :

- Lors de l'admission du patient, un inventaire des objets mis au coffre est effectué. Tous les objets non mis au coffre sont sous la responsabilité du patient.
- Lors de l'admission, le patient est accueilli en chambre protégée et gardé en observation sur une période de 12h à 48h soumise à l'avis médical. Au-delà de ce temps, le maintien en isolement thérapeutique est une décision médicale.
- Disposition ajoutée au Règlement Intérieur initial en mars 2017 : Si le patient, avant son admission à l'unité BADINTER, a été admis dans une autre unité, en isolement, pour une durée de 12h à 48h, il est, sous réserve d'une évaluation médicale liée à des critères cliniques et comportementaux, hospitalisé à l'unité BADINTER sans passage par une nouvelle période d'isolement.

• Dispositions générales :

- Pendant l'hospitalisation le patient demeure sous écrous, et les règles de justice le concernant continuent de s'appliquer notamment téléphone, courrier, visites.
- L'élaboration du projet de soin, détermine les modalités de sa prise en charge pendant son séjour.
- Le respect du présent règlement intérieur contribue à améliorer la qualité des soins et participe au bon déroulement de l'hospitalisation. Si l'attitude le met en danger ou met en danger d'autres patients ou des agents, les professionnels se réservent le droit d'ajuster le présent règlement à tout moment.
- Le respect d'autrui est la règle qui s'impose lors de l'hospitalisation.
- Il est interdit d'apporter et de conserver des médicaments, de l'alcool ou tout produit illicite ou tout objet dangereux ainsi que des allumettes ou des briquets.

• Chambre individuelle et télévision :

- La chambre est équipée d'une sonnette pour appeler le personnel.

En raison de son entretien, le patient ne peut accéder à sa chambre de 9h30 à 11h00.

De 13h15 à 15h et de 20h à 8h, il doit rester dans sa chambre : porte fermée à clé.

En dehors de ces horaires, l'accès aux chambres et aux espaces collectifs peut être contrôlé.

La chambre individuelle est un espace personnel, et aucun autre patient ne peut y pénétrer.

- Une télévision avec télécommande est à disposition dans chaque chambre. Son usage s'inscrit dans le respect d'autrui. L'arrêt entre 00h et 6h30 est imposé par le service. En cas de dégradations de la chambre ou de la télévision, les frais de réparation ou de remplacement sont facturés au patient.

• Repas et linge

- Les repas sont pris dans la salle à manger aux horaires suivants :

Petit déjeuner	: 08h10 - 08h45
Déjeuner	: 12h00 - 13h00
Goûter	: 16h30 - 17h00
Dîner	: 19h00 - 19h45

Le choix des repas est réalisé le matin du dimanche au jeudi. Des fiches de « qualité de plats » sont à la disposition des patients.

- Le linge de lit et de toilette est mis à disposition par le CH du Rouvray.

● **Médiations thérapeutiques:**

-Les médiations thérapeutiques sont prévues du lundi au vendredi de 15h00 à 16h45.

● **Activités et utilisation de la cour :**

- Des jeux de société, livres et revues sont disponibles, nécessitant une demande à l'équipe soignante et une restitution après utilisation.
- Pour permettre des activités détente ou sportives, le patient peut accéder, accompagné de soignants, à une cour fermée et sécurisée.

● **Tabac :**

Le patient peut formuler auprès de l'équipe de soins une demande d'aide au sevrage tabagique (patch, soutien psychologique).

Le patient a l'interdiction de fumer, et de vapoter dans l'unité sauf dans l'espace tabac mis à disposition ainsi que dans la cour de l'unité.

● **Téléphone, courrier, visites :**

- **Téléphone :**

Le téléphone portable est interdit.

Communications autorisées par la justice :

. Appels avocat : le matin, à la demande

. Appels personnels : jours fixés par l'équipe soignante, l'après-midi, après l'activité, deux fois par semaine

- **Courrier :**

Le courrier envoyé ou reçu passe automatiquement par le greffe de la prison, pour les contrôles d'usage.

Disposition ajoutée au RI en mars 2017 : Les demandes adressées au Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation sont faites par courrier.

- **Visites :**

Les enfants ne sont pas admis dans l'unité.

Concernant les personnes détentrices d'un permis de visite délivré par la justice, les visites sont possibles du mardi au samedi de 11h00 à 11h30 et de 15h00 à 15h30.

Sur demande de rendez-vous du visiteur, le patient ne peut recevoir qu'un visiteur par semaine.

La visite se fait en présence d'un soignant et pour une durée de trente minutes.

Le visiteur n'est pas autorisé à remettre au patient des vêtements, des aliments...seuls les paquets de cigarettes fermés sont admis.

Les visites de la police, des experts, du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation sont de droit toute la semaine.

Un rendez-vous doit cependant être pris auprès de l'équipe.

Pour la visite d'un avocat auprès d'un patient, l'administration pénitentiaire envoie à l'unité R. Badinter un droit de visite. Avec ce droit, l'avocat téléphone à l'unité R. Badinter pour préciser le jour et l'heure où il se rendra dans l'unité pour rencontrer le patient.

● **Réclamations :**

Concernant les conditions de son hospitalisation, le patient peut directement saisir par écrit le préfet, le procureur, le juge des libertés et de la détention ainsi que la commission départementale des soins psychiatriques.

▶ LIBERTE DE CONSCIENCE PHILOSOPHIQUE, POLITIQUE ET RELIGIEUSE

- La liberté de conscience philosophique, politique et religieuse est garantie par la loi.
- Les signes distinctifs vestimentaires ou comportementaux doivent rester discrets.
- Tout prosélytisme est interdit.

- Les archives médicales sont conservées pour une durée illimitée.
- Les archives médicales conservent les dossiers du patient sur support papier et support non numérique.
- Après une année sans aucune activité de soins (ambulatoire ou hospitalière), les éléments du dossier du patient sont rassemblés et archivés.

- Le service des archives est ouvert du lundi au vendredi de 08h30 à 17h00.

- Répartition des tâches :

● **Services (tout type d'intervenant) :**

- Gestion et alimentation des dossiers courants ;
- Elimination régulière des copies en double ;
- Transmission des dossiers des patients sortis aux secrétariats pour archivage courant et intermédiaire.

● **Secrétariats :**

- Organisation, gestion et alimentation des dossiers courants et intermédiaires ;
- Regroupement de toutes les parties du dossier (médicale, infirmière, sociale, psychologue et autres);
- Elimination régulière des doubles ;
- Versement des dossiers des patients aux archives centralisées
- Demandes de dossiers aux archives centralisées et retour. (Gestion informatisée des dossiers en lien avec les archives centralisées.

● **Archiviste :**

- Organisation, gestion et conservation des dossiers confiés nominativement. Le dépôt de dossiers « en vrac » est interdit.
- Suivi de l'évolution de la législation en matière d'archivage ;
- Participation à la mise à jour des procédures ;
- Gestion des consultations, recherches et retours des dossiers.

● **Médecin responsable des archives :**

- Validation de l'organisation, de la gestion et de la communication des archives médicales.

● **Direction :**

- Le Directeur veille à ce que toutes les dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des informations conservées dans l'établissement et il fait respecter le présent règlement intérieur.

● **Domaine d'activité et objectifs :**

- Dans le respect des règles de confidentialité et déontologiques, le DIM:
 - Est responsable de l'archivage centralisé des dossiers patients
 - Intervient au niveau de la production d'informations médicalisées et de leur interprétation, assure un rôle de prestataire au sein de l'établissement, fournit des informations aux acteurs et réalise la transmission de ces informations.
 - Propose les actions de formation de nature à garantir la qualité du système de recueil des informations médicales.

● **Organisation :**

- Le DIM est un service intégré au pôle de psychiatrie générale Rouen Rive Droite
- Le DIM est membre de droit des instances suivantes :
 - Comité de Pilotage du Dossier Patient Informatisé géré par la Direction des Affaires Générales et du Système d'Information
 - Comité Technique comprenant également des représentants du service informatique et des invités, fonctionnant chaque mois et dont la compétence est relative aux décisions techniques pour le dossier patient informatisé
 - Collège médical du DIM comprenant également d'autres agents du DIM, le Président de la CME, au minimum un représentant médical de chaque pôle et des invités dont la compétence est d'éclairer le DIM sur les décisions à prendre.

● **Traitements :**

- Le DIM produit deux fichiers anonymisés au niveau des patients et des professionnels : Résumé des Activités Ambulatoires (RAA) et Résumé par Séquence (RPS) et les transmet au Contrôleur de gestion.
- Les demandes de traitement de données, autres que celles formulées par un professionnel pour son activité et concernant un service ou une UF doivent avoir l'agrément de son responsable qui sera destinataire du résultat du traitement.
- Les demandes ponctuelles au DIM relatives à l'activité d'un professionnel doivent être formulées, par le Chef de pôle et par le Président de la CME pour le personnel sous responsabilité médicale, et pour les autres professionnels par le Directeur.

► **COMMISSION DES USAGERS**

Cette commission participe à l'élaboration de la politique menée en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers.

Elle est informée de l'ensemble des plaintes et des réclamations formées par les usagers ainsi que des suites qui leur sont données.

	Titulaire	Suppléant
Représentant légal de l'Etablissement ou la personne désignée Président de la Commission	Michel ANGELLOZ-NICOUD Directeur de l'Accueil et des Finances	
Médiateur médecin	Dr Christian NAVARRE	Dr Jean Michel PASQUIER
Médiateur non médecin	Sarah FLAGEOLET Directrice des Soins Coordonnatrice Générale des Soins	Martine DEPAUW Cadre Supérieur de Santé
Représentants des usagers	Noëlle DOMBROWSKI UDAF 76 Claude BAVENT UNAFAM	Poste vacant André BOCQUET
Président de la C.M.E ou son représentant	Dr. Sadeq HAOUZIR	
Représentant de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques	M. Frédéric BANNEROT Cadre de Santé	Matthieu GOSME Ergothérapeute
Représentant du personnel	Marie-Pierre COLOMBE Psychologue	Séverine DUBOIS ASE
Représentant du Conseil de Surveillance	Jean-Paul CRESSY Commune de Sotteville-lès-Rouen	M. Philippe SCHAPMAN personnalité qualifiée UFC Que Choisir

4^{ème} partie

AGENTS ET IFSI

4^{ème} PARTIE : AGENTS ET IFSI

- ▶ UTILISATION DES RESSOURCES INFORMATIQUES (5^{ème} PARTIE : SECURITE)

- ▶ MOBILITES (A COMPLETER ULTERIEUREMENT)

- ▶ FORMATION p. 61 à 68

- ▶ NOTATION p. 69 à 72

- ▶ SANTE AU TRAVAIL (A COMPLETER ULTERIEUREMENT)

- ▶ LAICITE p. 73

- ▶ EXERCICE DU DROIT SYNDICAL p. 74

- ▶ INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS (IFSI) p. 75 à 91
 - REGLEMENT INTERIEUR DE L'IFSI p. 76 à 83
 - REGLEMENT INTERIEUR DE LA SALLE DE TRAVAUX PRATIQUES
ET DE SIMULATION EN SOINS INFIRMIERS p. 84 à 86
 - REGLEMENT INTERIEUR DU CENTRE DE DOCUMENTATION, D'INFORMATION
ET DE LA BIBLIOTHEQUE MEDICALE p. 87 à 91

► FORMATION

La Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie des agents titulaires et non titulaires de la fonction publique hospitalière a pour but de leur permettre d'exercer efficacement leurs fonctions durant l'ensemble de leur carrière, d'améliorer la qualité du service public hospitalier, de favoriser leur développement professionnel et personnel et leur mobilité.

Elle contribue à créer les conditions d'un égal accès aux différents grades et emplois entre les hommes et les femmes.

Service Formation-Compétences :

Le service Formation-Compétences fait partie de la DRH et est placé sous l'autorité de la Directrice des Ressources Humaines.

Il est composé de la façon suivante (au 31/03/2016) :

Cindy BEAUBE – Responsable Administratif et Financier		☎ 28.33
Aurélié LANNEPHAKDY Gestionnaire	Gestion des congrès, préparation aux concours et diplômes, formation des assistants familiaux	☎ 28.30
Loïc RENAULT Gestionnaire	Gestion des formations de développement des connaissances et des compétences Gestion des stages	☎ 28.31
Arkadiusz KOSELAK Chargé pédagogique		☎ 28.37

Commission de Formation Permanente :

• Composition :

Elle est fixée comme suit :

Les représentants des personnels désignés par les organisations syndicales proportionnellement à la représentativité issue des résultats des dernières élections au CTE :

- La Directrice des Ressources Humaines
- La Responsable Administrative et Financière du service Formation-Compétences
- Le Chargé pédagogique
- Les gestionnaires du service Formation-Compétences
- La Directrice des soins
- Le Directeur de l'IFSI.
- Un Cadre supérieur de santé désigné par la direction des soins plus particulièrement chargé des questions de formation.

• Fonctionnement :

La présidence est assurée par la Directrice des Ressources Humaines.

Le secrétariat est assuré par le Service Formation-Compétence.

Les séances, non publiques, font l'objet d'un Procès-Verbal validé par la Commission.

Des témoins, représentants des services, sont invités sur demande de la Commission afin d'apporter un éclairage aux projets de service et/ou aux demandes de formation des agents.

Ces témoins ne participent pas aux débats et la Commission émet son avis hors de leur présence.

● **Missions :**

Le guide méthodologique du processus de formation permanente à l'hôpital réalisé conjointement par la Direction des Hôpitaux et l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (A.N.F.H.) recommande les étapes suivantes :

- La définition des objectifs de formation destinés à mettre en œuvre les grandes orientations stratégiques de l'établissement ;
- Le recueil et l'analyse des besoins, permettant de collecter les besoins et attentes des personnels en s'appuyant sur une dynamique de réflexion et de communication au sein du service/du pôle ;
- La pondération/hierarchisation des besoins s'opérant dans le cadre des grandes orientations de l'hôpital en fonction des objectifs de formation ;
- La formalisation et la diffusion du plan destinées à intégrer la politique de formation dans la politique générale de l'établissement et à informer sur le contenu définitif des formations prévues ;
- La mise en œuvre du plan de formation ;
- Le bilan de formation
- L'élaboration du plan de formation doit donc obéir à une démarche cohérente et participative nécessaire pour que l'établissement s'oriente vers une gestion stratégique de la formation professionnelle continue. Cette orientation implique une vision pluriannuelle, les plans annuels correspondants à un ajustement.

• Plan de formation de l'établissement :

Calendrier d'élaboration :

Une note d'information relative au calendrier du plan est annexée au bulletin de salaire du mois d'avril de l'année en cours.

Début mai : les liasses recto/verso (demande de formation + entretien de formation) sont envoyées aux médecins chefs, directeurs adjoints et cadres supérieurs. Le « répertoire des formations » est également joint à cet envoi.

De début mai à fin juin : réalisation des entretiens de formation dans les services.

Avant la fin du mois de juin dernier délai, chaque demandeur formule sa demande sur l'imprimé. Il remet sa liasse au supérieur hiérarchique. En cas de formation pluriannuelle, l'attention des agents est appelée sur la nécessité de reformuler chaque année une demande. Les demandes transmises après la date limite recevront un avis défavorable sauf exception motivée pour raison de service par le supérieur hiérarchique.

Fin juin, les projets de service / pôle sont adressés au service Formation-Compétences.

Avant la fin de la deuxième semaine de juillet, les liasses complétées par les supérieurs hiérarchiques sont transmises au service Formation-Compétences.

A compter de la troisième semaine de juillet, le Responsable Administratif et Financier valorise l'ensemble des demandes parvenues qui est ensuite saisi dans GESFORM.

En août, le Chargé pédagogique étudie les demandes et leur contenu.

En octobre, les demandes présentées font l'objet d'un examen par la Commission de Formation Permanente qui se réunit en séminaire. A l'issue de ce séminaire, un projet de plan est élaboré qui précise les critères retenus à cette fin.

En novembre, le Responsable Administratif et Financier procède à la synthèse du projet de plan de formation. Cette synthèse est présentée à la CFP.

En décembre, le C.T.E., émet un avis sur le plan de formation.

Après avis de l'organe représentatif, le Directeur arrête le plan de formation et le transmet à la Délégation Régionale de l'ANFH afin d'être présenté au Conseil Pédagogique Régional et au Conseil Régional de Gestion.

A l'issue de la procédure, en janvier N+1, chaque agent ayant formulé une demande reçoit le retour de sa liasse revêtue des avis des supérieurs hiérarchiques, de la Commission de Formation et de la décision de la Direction des Ressources Humaines.

● Catégories d'action inscrites au plan :

Les catégories d'action inscrites au plan de formation ont pour objet de permettre de :

- Donner aux personnes sans qualification professionnelle accédant à un emploi, une formation professionnelle initiale théorique et pratique afin de les préparer à occuper cet emploi (action de type 1)
- Garantir, maintenir ou parfaire les connaissances et la compétence des agents en vue d'assurer (action de type 2)

a) Leur adaptation immédiate au poste de travail ;

b) Leur adaptation à l'évolution prévisible des emplois ;

c) Le développement de leurs connaissances ou compétences et l'acquisition de nouvelles connaissances ou compétences :

- Proposer aux agents des actions de préparation aux examens et concours et autres procédures de promotion interne (action de type 3)
- Permettre aux agents de suivre des études favorisant la promotion professionnelle, débouchant sur les diplômes ou certificats du secteur sanitaire et social (action de type 4)
- Proposer aux agents des actions de conversion leur permettant d'accéder à des emplois exigeant une qualification nouvelle ou à de nouvelles activités professionnelles (action de type 5)
- Proposer aux agents un bilan de compétences (action de type 7)
- Préparer les agents à la validation des acquis de l'expérience (action type 8)

● Principes et modalités du plan de formation :

Les références d'appréciation des demandes de formation du personnel non-médical (cf. : annexe)

Chaque année, les Références d'appréciations du plan de formation N+1 sont annexées au bulletin de salaire du mois d'Avril. Elles font part des différentes catégories d'actions :

● Actions de formation prioritaires non intégrées dans le décompte du droit à formation :

Les actions de formation professionnelle initiale (action de catégorie 1) et les actions de développement des connaissances et des compétences (actions de catégorie 2a)

Il y est mentionné, par direction, les actions de formations obligatoires et les actions prioritaires.

● Actions de formation intégrées dans le décompte du droit à formation :

Par ailleurs, il est rappelé que :

- La priorité est donnée aux agents n'ayant pas bénéficié d'action de formation depuis 4 ans («droit de tirage» tous les 4 ans).
- L'obligation faite à l'agent de renouveler chaque année sa demande pour la suite des actions pluriannuelles et engagées comme telles antérieurement.
- L'année de son droit de tirage, l'agent ne peut bénéficier que d'une seule formation de développement des connaissances et compétences. Mais une autorisation de cumul peut être accordée avec une formation professionnelle initiale ou toute action d'adaptation au poste de travail, relevant des projets et des priorités des directions fonctionnelles et des pôles.
- L'exigence minimum d' 1 an d'expérience au sein de l'établissement évaluée au 1er Janvier de l'année du plan (cela ne concerne pas les formations professionnelles initiales ainsi que les actions institutionnelles). Les agents dont le métier relève d'un P.P.I ne sont pas concernés.

- Droit à la formation :

Chaque agent a la possibilité de demander, à titre individuel, la formation qui l'intéresse. Celle-ci peut avoir lieu hors de l'établissement ou dans nos locaux s'il s'agit d'une action de groupe.

Pour rappel, l'essentiel des actions réalisées dans l'établissement est mentionné dans le « Répertoire des formations » qui est envoyé chaque année dans les services au mois de mai.

La Commission de Formation Permanente, lors de son séminaire, étudiera alors chaque demande et se positionnera en fonction :

- du droit à formation de l'agent (droit de tirage tous les 4 ans)
- de la pertinence de la demande
- de l'avis émis par l'encadrement

- Compteur Droit Individuel Formation :

Chaque agent, qui n'est pas sur son année de droit de tirage, a la possibilité de demander à utiliser son compteur DIF pour participer à une action de groupe.

L'action de groupe est une action réalisée en intra sous réserve d'un nombre suffisant de participants.

La Commission de Formation Permanente pourra également proposer aux agents qui n'ont pas réalisé d'action de formation depuis N-3 ou N-2 d'utiliser leur compteur DIF.

- Parcours Professionnel Individualisé

Chaque nouveau professionnel Agent de Bio-Nettoyage, Aide-Soignant, Educateur Spécialisé, Infirmier devra bénéficier des actions de formation préconisées dans le parcours d'intégration de 36 mois.

Une fois le P.P.I terminé, l'agent aura accès à son droit de tirage.

En 2016, le PPI des Cadres Hospitaliers est en phase de test et celui des Assistants Médico Administratifs est en cours de construction.

Entretien de formation :

Chaque agent bénéficie d'un entretien de formation avec son supérieur hiérarchique, où sont précisés :

- Les axes institutionnels prioritaires (Etablissement, pôle ou service)
- Le projet professionnel de l'agent
- Si possible, les caractéristiques principales de son action de formation (intitulé, contenu, nombre de jours, éventuellement l'organisme et le coût de son action...)
- Le nombre d'heures acquises sur son compteur DIF

C'est un moment de dialogue et d'échange entre l'agent et l'évaluateur.

Il permet à l'agent d'exprimer son projet professionnel, ses motivations, de préciser s'il souhaite utiliser son DIF, de prendre connaissance des dispositifs de formation, d'être informé des actions de formation prioritaires proposées par l'établissement, de s'inscrire dans des actions de formation relevant des priorités de son service ou de pôle.

L'entretien est assuré par le supérieur hiérarchique le plus proche de l'agent, celui le plus à même de discuter avec l'agent des actions de formation nécessaires à l'adaptation immédiate à son poste de travail, à l'évolution prévisionnelle des métiers au sein du service, du pôle ou de l'établissement, à l'acquisition de nouvelles compétences et/ou connaissances.

Le tableau ci-après établit les niveaux hiérarchiques de l'entretien de formation :

	Cadre Supérieur de santé	Cadre de santé	Soignant Médico technique Rééducation	Psychologues	Assistants sociaux	Educateurs	Secrétaires médicales ou Agent occupant un poste de secrétaire médicale	Personnels techniques et logistiques	Personnels administratifs
Entretien d'évaluation/formation	Directeur des soins	Cadre Supérieur de santé	Cadre de l'unité	Médecin chef de service	Cadre socio éducatif	Médecin chef de service	Médecin chef de service	Cadre de l'unité*	Cadre de l'unité
Rédaction du compte rendu de l'entretien	Directeur des soins	Cadre Supérieur de santé	Cadre de l'unité	Médecin chef de service	Cadre socio éducatif	Médecin chef de service	Médecin chef de service	Cadre de l'unité	Cadre de l'unité
Rédaction des observations sur fiche d'entretien de formation (cadre)	Directeur des soins	Cadre Supérieur de santé	Cadre de l'unité d'affectation et/ou le Cadre Supérieur de santé	Médecin chef de service	Cadre socio éducatif			Cadre de l'unité	Cadre de l'unité

L'entretien doit avoir lieu sur rendez-vous fixé suffisamment à l'avance entre l'évaluateur et l'agent de façon à permettre à ce dernier de s'y préparer.

L'évaluateur remet à chaque agent, préalablement à l'entretien de formation, la fiche de l'entretien de formation.

Lors de l'entretien :

- L'évaluateur précise les finalités de l'entretien (s'inscrire dans une perspective d'évolution et de parcours de formation tout au long de la vie, professionnaliser l'accès à la formation...).
- Les 2 acteurs se basent sur l'historique de formation de l'agent (accessible via Gesformweb).
- Ils évaluent l'éventuel réinvestissement qui a pu avoir lieu dans le service actuel ou un autre service.
- L'évaluateur rappelle les formations institutionnelles n+1 ainsi que les projets de formations internes au pôle N+1.
- L'agent bénéficie d'un temps suffisant pour présenter son projet.
- L'évaluateur précise dans son commentaire l'avis qu'il porte sur le projet de formation exprimé par l'agent.
- L'agent peut également apporter des commentaires relatifs à cet entretien.

Au terme de l'entretien, l'évaluateur établit un compte rendu de l'entretien annuel de formation.

Ce compte rendu est daté et signé par l'évaluateur et l'agent.

En cas de non réalisation de l'entretien de formation : l'évaluateur précisera sur la fiche les raisons qui n'ont pas permis la tenue de cet entretien.

Temps de travail et formation :

- Les formations inscrites au plan de formation sont prises en charge à 100% sur le temps de travail ou sur le temps Formation Information Recherche (F.I.R.) pour les psychologues.

Certaines formations peuvent toutefois faire l'objet de modalités particulières.

De même que la prise en charge des frais de formation pour les non titulaires exerçant leur fonction en deçà d'un mi-temps est limité à la moitié des frais à engager, le temps de formation est imputé en dehors de l'exercice au CH du Rouvray.

- La période de formation est considérée comme service effectif, les agents sont donc tenus de suivre l'ensemble de la formation.

Pour les agents à temps plein :

Les journées de formation et congrès sont décomptées pour le cinquième des obligations hebdomadaires théoriques de l'agent, quel que soit le poste de travail prévu ce jour-là.

Pour les agents à temps partiel :

Les journées de formation et congrès sont décomptées pour 7h00 quel que soit la quotité de temps de travail et le poste de travail prévu ce jour-là.

Pour les agents en études promotionnelles :

Dans le cas où les vacances scolaires sont supérieures sur la durée des études promotionnelles ou de la formation promotionnelle en continu aux droits à congés annuels de l'agent, ceux-ci sont réputés intégrés aux vacances scolaires et donc pris.

La différence se traduit par principe par un retour au travail adapté à chaque situation particulière. Une information préalable de l'agent est effectuée par la DRH, elle est précisée dans la décision administrative plaçant l'agent en études promotionnelles.

- Dans le cadre de l'adaptation en vue de la titularisation, de l'accès à un nouveau poste ou du maintien de la qualification, la participation peut être rendue obligatoire après consultation des agents intéressés.
- Toute annulation par dédit du prestataire, absence de formateur ou problème matériel sera communiquée dans les meilleurs délais aux agents et supérieurs hiérarchiques.

Toute demande d'annulation de formation de l'agent devra être justifiée, confirmée par courrier visé par les supérieurs hiérarchiques et adressé à la D.R.H.

Cette demande est soumise à l'avis de la C.F.P. la plus proche afin de donner les suites qu'il convient :

- report N+1
- annulation
- modification de la demande

- Une journée de formation est une journée de travail, tout retard conséquent devra être signalé par l'agent, auprès de son supérieur hiérarchique et consigné sur la feuille d'émargement de l'organisme de formation.

Tout retard à une séquence de formation devra être signifié au service Formation -Compétences qui pourra ainsi prévenir le formateur. Toute absence, programmée ou non, devra être accompagnée d'un courrier justificatif adressé à la Direction des Ressources Humaines, service Formation -Compétences, sous couvert des supérieurs hiérarchiques.

- Une fiche de consignes applicable aux stagiaires du service Formation - Compétences est remise à ceux-ci au début de chaque formation. Une attestation de présence est remise à chaque participant au terme de celle-ci.

- La Direction des Ressources Humaines se réserve la possibilité de reprendre toute ou partie du temps de préparation aux agents dans le cas où ceux-ci, sans justificatif valable et accepté comme tel par la DRH :

- n'ont pas candidaté au terme d'une préparation à concours ou examen ;
- n'ont pas poursuivi une formation d'adaptation ou d'études promotionnelles.

Enveloppe réservée aux congrès :

Le plan de formation prévoit chaque année une enveloppe réservée aux journées de congrès. Les prises en charge sont accordées au fur et à mesure de l'année.

Les conditions d'attribution des congrès, conférences et journées d'études sont ainsi fixées :

- Dans la limite annuelle d'un congrès par agent d'une durée maximum de 4 jours
- Prise en charge financière globale limitée à 600 € sur présentation de justificatifs de trajet, de repas et hébergement, et attestation de présence.

L'agent ne doit pas bénéficier au titre du plan d'action de formation à caractère non prioritaire. Cependant, chaque année, au regard de la synthèse financière prévisionnelle du plan de formation, le Directeur de l'établissement pourra accorder le cumul d'une action de formation inscrite au plan, avec un congrès/journée d'étude.

Les actions ANFH nationales et régionales ainsi que certaines journées d'études organisées par le CH du Rouvray et remplissant les conditions ne sont pas soumises à un quota.

Les congrès/journées d'études sont classés « hors quota » sur décision de la Directrice des Ressources Humaines.

Toute demande de congrès/Journées d'étude réceptionnée par le service Formation-Compétences moins d'un mois avant le début du congrès sera refusée.

- Prise en charge financière des actions de formation :

Frais pédagogiques :

- Pour les actions accordées dans le cadre du plan, ils sont pris en charge par l'établissement.
- Les achats d'ouvrage, les fournitures scolaires et autres frais de reprographie ne sont pas pris en charge.

- Frais de déplacement :

La prise en charge des frais de déplacement liés à la formation relève du décret n° 92-566 du 25 Juin 1992 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des fonctionnaires et agents relevant de la fonction publique hospitalière sur le territoire métropolitain de la France.

- Frais d'inscription :

- Ces frais sont pris en charge par l'établissement (y compris carte d'étudiant pour les inscriptions à la Faculté).
- Pour certains concours (ex : I.F.S.I., aide-soignant...), si la personne a bénéficié d'une préparation à concours le remboursement des frais d'inscription pourra être accordé sous réserve de l'acceptation de la promotion professionnelle.

- Particularités des concours et examens / Etudes Promotionnelles :

Les modalités de remboursement des frais engagés pour un concours sont les suivantes : un remboursement par an* et dans la limite de trois remboursements pour le même type de concours.

* lieu de concours le plus proche du Centre Hospitalier du Rouvray

► NOTATION

• Calendrier de la campagne d'évaluation / notation

Le calendrier de la campagne d'évaluation s'échelonne de début juin à début juillet afin de correspondre avec le recueil des vœux de formation des agents pour le plan de formation de n+1.

Il est fixé annuellement par courrier adressé par le directeur aux chefs de service, directeurs adjoints, directeurs des soins et cadres supérieurs concernés avant le début du mois de juin.

L'ensemble des entretiens annuels d'évaluation des agents doit être réalisé avant la détermination de la notation annuelle.

Le tableau ci-après précise le calendrier type de la campagne d'évaluation et de notation :

Dates :	Calendrier des opérations :
Troisième semaine de Mai	Lancement de la procédure : Envoi du courrier du Directeur aux chefs de services, directeurs fonctionnels, directeurs des soins, cadres supérieurs de santé.
De début juin à mi-juillet	Organisation et réalisation des entretiens d'évaluation de l'ensemble des agents.
Début deuxième semaine de juillet	Envoi des fiches de notation aux chefs de services, directeurs fonctionnels, directeurs des soins, cadres supérieurs de santé.
Pour le premier septembre	Envoi à la DRH des documents suivants : - Etat récapitulatif des entretiens d'évaluation établi par service et mentionnant la date de l'entretien, les souhaits de mobilité et de formation. - Fiches de notation comportant les appréciations rédigées et les croix dans les critères de notation.
De la deuxième semaine de septembre à la première semaine d'octobre	Réunions destinées à établir les notations chiffrées associant les chefs de service et les cadres.
Deuxième semaine d'octobre	Envoi des fiches de notes arrêtées par le directeur aux agents.
Fin octobre	Délai de demande de révision des notes.
Fin octobre	Demande d'avis et de complément d'information aux évaluateurs concernant les demandes de révision des notes.
Courant décembre	Commission Administrative Paritaire Locale rendant un avis sur les demandes de révision de notes.

Support : compte rendu de l'entretien d'évaluation :

L'entretien fait l'objet d'un compte rendu écrit succinct, établi selon le modèle présenté ci-après.

Centre hospitalier du Rouvray**Compte rendu d'entretien d'évaluation 2006**

Dans le cas où l'entretien ne peut avoir lieu, remplir les cadres "AGENT EVALUE" et "EVALUATEUR"

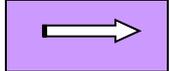
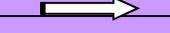
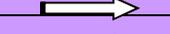
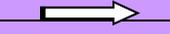
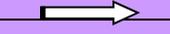
Service :

AGENT EVALUE	ENTRETIEN
NOM - Prénom : Grade : Unité fonctionnelle :	Date de convocation : Date de l'entretien : Heure de début de l'entretien :
BILAN DE LA PERIODE ECOULEE DEPUIS LA PRECEDENTE EVALUATION	
A remplir par l'évaluateur au cours de l'entretien, en dialogue avec l'agent évalué. Se reporter aux différents éléments de notation, mais également aux objectifs fixés antérieurement ainsi qu'aux actions réalisées (travaux, formations, ...).	
OBJECTIFS DE LA PERIODE A VENIR JUSQU' A LA PROCHAINE EVALUATION	
A remplir par l'évaluateur au cours de l'entretien, en dialogue avec l'agent évalué. En terme d'objectifs fixés par l'évaluateur, mais aussi par l'agent lui-même et acceptés par l'évaluateur.	
VŒUX DE L'AGENT EVALUE	
A remplir par l'évaluateur au cours de l'entretien, suivant les indications de l'agent évalué. En terme, d'avancement, de formation, souhait d'entretien avec un supérieur, mobilité...	
EVALUATEUR AYANT CONDUIT L'ENTRETIEN	
Indiquer brièvement vos observations sur le déroulement de l'entretien (climat, qualité d'écoute et de dialogue, ...) Si l'entretien n'a pas eu lieu, indiquez en les motifs	
Nom et signature de l'Évaluateur :	Heure de fin de l'entretien : Signature de l'Évalué :
L'évaluateur conserve l'original de ce compte rendu signé, en transmet une copie à l'agent, au plus tard dans les jours suivants.	

• **Modalités de calcul de la notation**

Courbe de référence de la note chiffrée.

Au centre hospitalier du Rouvray, la note chiffrée est calculée en référence à une courbe établie après concertation des partenaires sociaux (CTE du 15 juin 2001). Cette courbe est établie en regard de l'ancienneté des agents.

Nombre années		Valeur inférieure	à	Valeur supérieure
1 an		14,00	à	15,00
2 ans		14,75	à	16,00
3 ans		15,50	à	16,90
4 ans		16,00	à	17,50
5 ans		16,50	à	18,00
6 ans		17,00	à	18,50
7 ans		17,35	à	19,00
8 ans		17,75	à	19,50
9 ans		18,10	à	19,90
10 ans		18,35	à	20,25
11 ans		18,60	à	20,55
12 ans		18,85	à	20,90
13 ans		19,05	à	21,25
14 ans		19,25	à	21,50
15 ans		19,45	à	21,70
16 ans		19,60	à	21,90
17 ans		19,80	à	22,10
18 ans		19,95	à	22,30
19 ans		20,10	à	22,50
20 ans		20,20	à	22,70
21 ans		20,35	à	22,90
22 ans		20,50	à	23,10
23 ans		20,60	à	23,30
24 ans		20,75	à	23,50
25 ans		20,85	à	23,70
26 ans		20,95	à	23,90
27 ans		21,05	à	24,00
28 ans		21,15	à	24,10
29 ans		21,25	à	24,20
30 ans		21,30	à	24,30
31 ans		21,40	à	24,40
32 ans		21,50	à	24,50

• **Critère et paramètre de la notation :**

- **Amplitude de la courbe :**

Au début, l'écart sera de 1 point, de 14 minimum (sauf en cas de problème particulier par exemple d'ordre disciplinaire), à 15 au maximum.

A la fin, l'écart doit être de 3 points au maximum (21.5 et un peu plus de 24).

- **Première note :**

Pour un agent qui donne satisfaction, la note de départ sera de 14.75.

Pour un excellent début de carrière, la note de 15 peut être attribuée (pas pour plus de 30% de l'effectif débutant d'un service).

- **Au-dessous de 21 : L'unité de compte est de 0.25 point :**

Une augmentation de 0.25 signifie qu'il y a des petites réserves.

Une augmentation de 0.50 signifie que le travail fourni est satisfaisant.

Une augmentation de 0.75 signifie que le travail fourni est excellent.

- **Au-dessus de 21 : L'unité de compte est de 0.10 point :**

Une augmentation de 0.10 signifie qu'il y a des petites réserves. Cela ne peut pas concerner plus de 25 % des agents d'un même service.

Une augmentation de 0.20 signifie que le travail fourni est satisfaisant. Cela ne peut pas concerner plus de 60 % des agents d'un même service.

Une augmentation de 0.30 signifie que le travail fourni est excellent. Cela ne peut pas concerner plus de 10 à 15 % des agents d'un même service.

- **Note au-delà de 23 :**

Les agents qui atteignent la note de 23 peuvent voir leur note progresser de 0.10 au maximum.

Pour les retraités ou futurs retraités, 23.50 est la note maximum, sauf si l'agent a déjà atteint ce niveau.

Les agents ayant dépassé la note de 23.50 au moment de leur dernière notation avant leur départ en retraite ne se voient pas appliquer ce plafond.

● **Interdiction de toute discrimination :**

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les agents en raison de leur opinions religieuses.

● **Obligations des agents :**

En matière de religion, les agents ont un strict devoir de neutralité.

Ils ne doivent avoir aucun comportement discriminatoire.

Ils ne doivent avoir aucun comportement préférentiel. Tout prosélytisme est interdit. La présence de signes à caractère religieux dans un bureau ou guichet est interdit. De même, sont interdits des signes extérieurs, en particulier vestimentaires.

► EXERCICE DU DROIT SYNDICAL

Les organisations syndicales CGT, CFDT, CFTC bénéficient de locaux dans le bâtiment 405 – 1^{er} étage.

Elles bénéficient également d'équipements mobiliers, matériels de bureau, et matériels informatiques.

Les documents d'origine syndicale doivent être communiqués pour information au Directeur 24h avant leur diffusion. Leur diffusion électronique est autorisée.

La distribution des documents d'origine syndicale aux entrées de l'établissement ne doit pas entraîner de risques et ne pas empiéter sur la voie publique extérieure.

Concernant l'entrée principale, cette distribution doit être réalisée entre le portail d'accès et la loge – bâtiment 133.

▶ INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

- ▶ Règlement Intérieur de l'Institut en Soins Infirmiers

- ▶ Règlement Intérieur de la salle de travaux pratiques et de simulation en Soins Infirmiers

- ▶ Règlement Intérieur du Centre de Documentation, d'Information et de la Bibliothèque

REGLEMENT INTERIEUR DE L'INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

PREAMBULE :

● CHAMP D'APPLICATION :

Les dispositions du présent règlement intérieur ont vocation à s'appliquer :

- A l'ensemble des usagers de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers: personnels et étudiant(e)s
- A toute personne présente, à quelque titre que ce soit, au sein de l'institut de formation (intervenants extérieurs, prestataires de services, invités, utilisateurs des locaux à titre gracieux, etc...)

● COMMUNICATION DU REGLEMENT INTERIEUR :

Un exemplaire du présent règlement est obligatoirement remis à chaque étudiant(e) lors de son admission à l'IFSI. Il est à sa disposition au Centre de Documentation et d'Information. Il est intégré à la gestion documentaire de l'institut sur le réseau informatique, interne à l'établissement.

● BUT DE L'IFSI:

L'institut de formation en soins infirmiers du Centre Hospitalier du Rouvray dispense, dans le cadre d'un projet pédagogique, l'enseignement relatif à la formation des infirmier(e)s conformément aux textes réglementaires en vigueur :

- Arrêté du 31 juillet 2009 modifié le 02 août 2011 relatif au diplôme d'état d'infirmier.
- Arrêté du 21 avril 2007 modifié le 02 août 2011 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux.

TITRE I : Dispositions communes

Chapitre I : Dispositions générales

Article 1 Comportement général

Le comportement des personnes (notamment actes, attitudes, propos ou tenues) ne doit pas être de nature :

- A porter atteinte au bon fonctionnement de l'institut de formation ;
- A créer une perturbation dans le déroulement des activités d'enseignement ;
- A porter atteinte à la santé, l'hygiène et la sécurité des personnes et des biens.

Article 2

D'une manière générale, le comportement des personnes doit être conforme aux règles communément admises en matière de respect d'autrui et de civilité ainsi qu'aux lois et règlements en vigueur.

Article 3 Contrefaçon

Conformément au code de la propriété intellectuelle, toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle d'une œuvre de l'esprit faite sans le consentement de son auteur est illicite.

Le délit de contrefaçon peut donner lieu à une sanction disciplinaire, indépendamment de la mise en œuvre de poursuites pénales. Il est demandé à chaque étudiant de se référer à la charte « anti plagiat » communiquée à son arrivée et affichée au Centre de Documentation.

CHAPITRE II : Respect des règles d'hygiène et de sécurité

Article 4 Interdiction de fumer

Il est interdit de fumer et de vapoter dans tous les lieux fermés et couverts affectés à l'IFSI (salles de cours et de travaux pratiques, couloirs, sanitaires...). Ces dispositions ne s'appliquent pas sous la galerie du bâtiment de l'IFSI où un cendrier est installé.

Article 5 Respect des consignes de sécurité

Quel que soit le lieu où elle se trouve au sein de l'IFSI, toute personne doit impérativement prendre connaissance et respecter :

- Les consignes générales de sécurité, et notamment les consignes d'évacuation en cas d'incendie ;
- Les consignes particulières de sécurité, et notamment celles relatives à la détention ou la manipulation des produits dangereux au sein des salles de travaux pratiques.

Il convient, le cas échéant, de se reporter aux documents affichés ou distribués au sein de l'institut de formation.

CHAPITRE III : Dispositions concernant les locaux et le matériel de l'IFSI

Article 6 Propreté des locaux

Les locaux de l'IFSI doivent être maintenus en état de propreté. Les amphithéâtres et les salles de travaux pratiques ainsi que les bureaux, ne sont pas des lieux de collation. L'usage de boissons et d'alimentation n'y est pas autorisé. Des salles de détente sont prévues à cet effet.

Article 7 Maintien de l'ordre dans les locaux

Le Directeur de l'institut de formation est responsable de l'ordre et de la sécurité dans les enceintes et locaux affectés à titre principal à l'établissement dont il a la charge.

Le directeur est compétent pour prendre à titre temporaire toute mesure utile afin d'assurer le maintien de l'ordre : interdiction d'accès, suspension des enseignements.

Article 8 Utilisation des locaux

Ils peuvent accueillir des réunions ou des manifestations, dans les conditions fixées à l'article 41 de l'arrêté du 21 avril 2007.

Article 9 Respect des organisations

Les étudiant(e)s doivent respecter les règles d'organisation interne de l'IFSI, se conformer aux instructions qui leur sont données et prendre soin du matériel qui leur est confié.

Le matériel ne doit pas être utilisé à des fins personnelles autres que celles relatives à leur formation à l'institut. Les frais liés aux dégradations éventuelles seront portés à la charge du ou des étudiant(e)s.

Article 10 Centre de Documentation

Un centre de documentation est mis à disposition des étudiants et du personnel du Centre Hospitalier du Rouvray. Ceux-ci doivent se conformer au règlement intérieur relatif à celui-ci dont ils attestent avoir pris connaissance et qui est affiché au CDI.

Article 11 Usage de l'informatique

Tout utilisateur d'un équipement informatique de l'IFSI s'engage à prendre connaissance du règlement intérieur de celui-ci, de la charte d'utilisation des ressources informatiques du centre hospitalier du Rouvray et à s'y conformer. Il est informé que ce matériel est exclusivement destiné à réaliser des travaux de recherche dans le cadre strict de la formation dispensée.

Article 12

Sont passibles de poursuites disciplinaires sans préjudice des autres poursuites prévues par la loi, tous les actes réalisés intentionnellement ou non, susceptibles de nuire à tout utilisateur d'un équipement informatique au moyen d'internet.

Article 13

Chaque poste informatique de l'IFSI peut être contrôlé à tout moment par un professionnel du site informatique du Centre Hospitalier du Rouvray.

TITRE II : Dispositions applicables aux étudiants

CHAPITRE I : Dispositions générales

Article 14 Liberté et obligations des étudiants

Les étudiant(e)s disposent de la liberté d'information et d'expression. Ils exercent cette liberté à titre individuel et collectif, dans des conditions qui ne portent pas atteinte aux activités d'enseignement et dans le respect du présent règlement intérieur.

Article 15 Laïcité

Conformément au guide édité par l'Observatoire de la Laïcité, les étudiants conservent durant leur formation universitaire théorique, la possibilité de porter des signes religieux.

En revanche, lorsqu'ils sont en stage dans un établissement public de santé, ils sont soumis à l'obligation de neutralité car ils exercent alors des fonctions paramédicales et peuvent à ce titre être assimilés à des agents du service public.

CHAPITRE II : Obligations des étudiants

Article 16 Admission

Au début de chaque année scolaire, les étudiant(e)s en soins infirmiers doivent s'acquitter des droits d'inscription à la scolarité dont le montant est déterminé par arrêté ministériel. Ils/Elles doivent en outre s'inscrire à l'université selon la procédure qui leur est communiquée.

Article 17 Sécurité sociale

Tout(e) étudiant(e) doit être affilié(e) à un régime de sécurité sociale.

La cotisation pour le régime étudiant fixée par la caisse nationale d'assurance maladie est adressée en début de chaque année au secrétariat de l'IFSI et versée à l'URSSAF.

Article 18 Assurances

Les étudiant(e)s sont tenu(e)s de souscrire une assurance, conformément au décret du 2 Avril 1981 relatif aux études conduisant au diplôme d'Etat d'Infirmier.

Les étudiants doivent être garantis pour l'ensemble des risques suivants, concernant la responsabilité civile, tant lors des enseignements théoriques à l'institut de formation, que lors des stages et des trajets occasionnés par ceux-ci :

- accidents corporels causés aux tiers
- accidents matériels causés aux tiers
- dommages immatériels

Le Centre Hospitalier du Rouvray souscrit un contrat collectif couvrant la responsabilité civile des étudiant(e)s pour tous dommages causés au tiers dans le cadre de la formation conformément à l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale.

Article 19 Ponctualité et absences

La ponctualité est indispensable. Elle est définie par référence aux horaires des enseignements.

Elle concerne tous les enseignements : théoriques en institut et cliniques en stage.

Article 20

Pour éviter la gêne générale occasionnée par toute arrivée en retard, il est demandé aux étudiant(e)s retardataires de ne pas accéder dans la salle de cours et d'attendre l'interruption de celui-ci.

En cas de retards répétés et injustifiés lors des enseignements obligatoires les heures d'absence seront déduites du temps de l'UE programmée sauf si le retard est imputable aux transports en commun.

Article 20 bis

Tout étudiant qui quitte prématurément les enseignements obligatoires sans prévenir le formateur référent ou le secrétariat de l'IFSI, après avoir élargé, sera positionné en absence injustifiée, pour la totalité de l'enseignement de l'UE programmée.

Article 21

Un étudiant qui totalise 7 heures d'absence injustifiée aux enseignements obligatoires aura un avertissement, conformément à l'article 20 de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié le 2 août 2011 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts paramédicaux.

Trois avertissements déclenchent la réunion du conseil de discipline en vue d'une sanction.

Article 22

En cas de suspension ou d'abandon de la formation l'étudiant(e) devra :

- Le signaler à la Direction de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers.
- L'officialiser par une lettre de suspension ou de démission.

En cas d'absence de 15 jours non justifiée, l'étudiant(e) sera considéré(e) comme démissionnaire.

Article 22 BIS

Si un étudiant interrompt ou arrête ses études, il est tenu de restituer son portfolio à l'IFSI.

Article 23 Présence/absences pour maladie ou évènement grave

En cas d'absences justifiées de plus de douze jours au sein d'un même semestre, la situation de l'étudiant est soumise au conseil pédagogique en vue d'examiner les conditions de poursuite de sa formation.

Toute absence justifiée ou non, à l'exception de celles prévues aux articles 36 et 42 est décomptée.

Pour qu'un stage soit validé, le temps de présence effective de l'étudiant doit être au minimum de 80%. Sur l'ensemble du parcours de formation clinique de l'étudiant, les absences ne peuvent dépasser 10 % de la durée totale des stages. Au-delà, le stage fait l'objet de rattrapage.

Article 24

Toute absence aux séances de travaux dirigés, de travail personnel guidé et aux stages ainsi qu'aux épreuves d'évaluation doit être justifiée par un certificat médical ou toute autre preuve considérée valable par la direction de l'institut et attestant de l'impossibilité d'être présent à ces enseignements ou évaluations, conformément à l'annexe I de l'arrêté du 21 avril 2007.

En cas de maladie ou évènement grave, l'étudiant(e) est tenu(e) d'avertir le jour même le directeur de l'institut de formation du motif et de la durée approximative de l'absence. Il (elle) est également tenu(e) d'informer le responsable du stage, s'il y a lieu, dans les plus brefs délais

Toute absence injustifiée peut faire l'objet de sanction disciplinaire telle que prévue à l'annexe IV de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts paramédicaux.

Article 25 Tenue vestimentaire

Les tenues vestimentaires doivent être conformes aux règles de santé, d'hygiène et de sécurité, être adaptées aux activités d'enseignement, notamment aux travaux pratiques, et traduire la neutralité par respect pour les collègues et les patients. Les tenues exigées sur les terrains de stage, sont conformes à celles préconisées par l'IFSI. Les étudiant(e)s en effectuent le règlement auprès du fournisseur, le jour de l'essayage.

Article 26

Lors des enseignements obligatoires, les étudiant(e)s doivent émarger avant d'entrer en cours. Tout retard doit être signalé au secrétariat.

Toute falsification ou imitation de signature sera sanctionnée et le conseil de discipline pourra être saisi. La présence des étudiants est obligatoire aux séances de travaux dirigés, de travaux pratiques, de travail guidé, aux stages.

Les étudiants percevant une rémunération ou inscrits à Pôle-Emploi sont tenus d'assister à l'ensemble des enseignements.

Article 26 bis

L'étudiant bénéficiaire d'une bourse est soumis à des conditions d'assiduité et de présence aux examens de fin de formation, dès lors qu'un dossier de bourse est envoyé à la région pour instruction.

Les étudiants doivent émarger la feuille de présence tous les jours pour l'ensemble des enseignements. En stage, ils doivent émarger la feuille de présence qui à valider par le cadre de santé référent du stage.

La direction de l'IFSI informe la région des absences non justifiées à l'ensemble des cours, des travaux dirigés et des stages, dès lors que celles-ci dépassent 20 jours cumulés sur l'année de formation.

Le défaut d'assiduité constaté peut entraîner la suspension du versement de la bourse, le reversement des sommes indûment perçues, voire le refus de la demande de bourse l'année suivante.

L'étudiant suivant moins de 16 semaines consécutives de formation ou exclu de sa formation est tenu de rembourser la totalité du montant de la bourse allouée.

Le non-respect de la présentation aux examens de fin de formation peut entraîner le refus d'une demande de bourse déposée l'année suivante.

En cas de redoublement, l'étudiant peut formuler une nouvelle demande de bourse, mais cette disposition n'est valable qu'une seule fois au cours de la formation engagée.

En cas de suspension ou d'abandon, l'étudiant doit informer sans délai les services de la Région par l'intermédiaire de l'IFSI et fournir les pièces afférentes. La Région demandera le remboursement du trop-perçu par l'étudiant.

Article 27 Stationnement

Les étudiants doivent stationner sur les parkings du CH du Rouvray prévus à cet effet.

Il est strictement interdit de stationner sur ou le long des trottoirs.

Le non-respect de cet article peut entraîner des sanctions allant jusqu'à l'interdiction de pénétrer dans l'enceinte de l'hôpital avec son véhicule.

Article 28 Evaluation

Les étudiants doivent se conformer à la procédure des évaluations portée à leur connaissance en début de semestre de formation.

Article 29 Stages

La Direction de l'IFSI procède à l'affectation des étudiant(e)s en stage. Les étudiant(e)s doivent, pendant les stages, observer les instructions des responsables des structures d'accueil.

Ils/elles sont tenu(e)s aux mêmes obligations que le personnel de la structure d'accueil, notamment au secret professionnel et à la discrétion professionnelle.

Article 30

La durée hebdomadaire des stages est de 35 heures. Ces horaires fixés par l'IFSI, sont fonction de l'activité de la structure d'accueil et doivent permettre de favoriser l'intégration de l'étudiant dans l'équipe qui l'encadre. Ces horaires ne doivent pas être modifiés sans l'accord de la direction de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers en raison de la responsabilité qui lui incombe.

En référence au droit du travail, les jours fériés sont des jours considérés comme travaillés, y compris sur le terrain de stage et ne donnent pas lieu à compensation.

Article 31

Tout accident survenant au cours d'un stage, soit pendant le stage, soit pendant les trajets (domicile-lieu de stage) doit faire l'objet d'une déclaration d'accident obligatoirement à l'IFSI.

Article 32 Utilisation du téléphone

Les étudiant(e)s ne peuvent ni donner ni recevoir de communication personnelle sur les lignes de l'institut. Dans le cas d'une urgence, le secrétariat de l'IFSI peut recevoir des appels téléphoniques et assurer les communications nécessaires.

L'usage du téléphone portable est limité à l'extérieur des salles de cours.

Article 33

Pendant les enseignements théoriques (cours magistraux – travaux dirigés – travaux pratiques – travaux personnels guidés) et durant les stages, les étudiants doivent positionner leur téléphone hors fonction.

Le non-respect de cette consigne peut être sanctionné d'un avertissement.

Article 34 Repas

Les étudiant(e)s ont la possibilité de prendre leur repas au self du Centre Hospitalier du Rouvray.

Le tarif appliqué est celui en vigueur au Centre Hospitalier.

CHAPITRE III : Droits des étudiants

Article 35 Représentation

Les étudiant(e)s sont représentés au sein du conseil pédagogique, du conseil de discipline et du conseil de vie étudiante conformément aux textes en vigueur.

Les représentants sont élus au début de chaque année scolaire. Tout étudiant(e) est éligible.

Tout étudiant(e) a le droit de demander des informations à ses représentants.

Article 36 Liberté d'association

Les étudiants ont le droit de se grouper dans le cadre d'organisations de leur choix.

Ces organisations peuvent avoir un but général, associations d'étudiants, ou particulier, associations sportives ou culturelles.

Les étudiants bénéficiant d'un mandat électif lié à leur qualité d'étudiant au sein de l'IFSI ou dans des instances où ils représentent les étudiants bénéficient de jours d'absence pour assurer les activités liées à leur mandat. Les jours accordés à ces étudiants sont considérés comme des absences justifiées visées à l'article 29. Toutefois, ils doivent récupérer les heures de stage dans les conditions prévues à l'article 30.

Article 37 Tracts et affichage

Dans le respect de la liberté d'information et d'expression à l'égard des problèmes politiques, économiques, sociaux et culturels, la distribution de tracts ou de tout document par les étudiant(e)s est autorisée au sein de l'institut de formation sous condition de l'accord de la direction de l'institut.

La distribution de tracts ou de tout document (notamment à caractère commercial) par une personne extérieure à l'institut est interdite, sauf autorisation expresse de la direction de l'établissement.

Les affichages et distributions doivent être respectueux de l'environnement et ne pas :

- être susceptibles d'entraîner des troubles au sein de l'institut de formation ;
- porter atteinte au fonctionnement de l'institut de formation ;
- porter atteinte au respect des personnes et à l'image de l'institut de formation ;

Toute personne ou groupement de personnes est responsable du contenu des documents qu'elle ou qu'il distribue, diffuse ou affiche. Tout document doit mentionner la désignation précise de son auteur sans confusion possible avec l'établissement.

Article 38

Les étudiant(e)s disposent de tableaux d'affichage dans la salle de détente.

Article 39 Liberté de réunion

Les étudiant(e)s ont la possibilité de se réunir conformément aux dispositions de l'article 40 de l'arrêté du 21 avril 2007.

Il ne doit exister aucune confusion possible entre l'IFSI et les organisateurs des réunions ou manifestations, qui restent responsables du contenu des interventions.

Article 40 Droit à l'information

Tout doit concourir à informer les étudiant(e)s aussi bien sur les missions de l'IFSI que sur son fonctionnement dans des délais leur permettant de s'organiser à l'avance : planification des enseignements, calendrier des épreuves de contrôle continu des connaissances, dates des congés scolaires...

Les horaires de cours sont programmés entre 8h00 et 18h30 du Lundi au Vendredi. Les étudiants sont informés par les plannings des enseignements affichés au moins 8 jours à l'avance.

Les textes réglementaires relatifs à la formation, au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession sont mis à la disposition des étudiants par la direction de l'IFSI.

Article 41 Droit à congés

Les étudiant(e)s ont droit à des vacances dont la durée est prévue dans le programme officiel des études (arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat). Les dates sont fixées par la direction de l'institut et communiquées aux étudiants en début d'année scolaire.

Article 42 Dispositions médicales

Lors de leur entrée en formation, les étudiant(e)s doivent être en règle avec les dispositions des articles L. 215 et L. 216 du code de la santé publique.

L'admission définitive dans l'IFSI est subordonnée :

- A la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un certificat médical émanant d'un médecin agréé attestant que le candidat présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession.
- A la production, au plus tard, le jour de la première entrée en stage d'un certificat médical attestant des vaccinations, conformément à la législation en vigueur. Ce certificat doit également préciser sa situation au regard de la protection contre la tuberculose.
- Si une contre-indication temporaire ou définitive est mentionnée, à l'une des obligations de vaccinations, il appartient au médecin inspecteur régional de la santé, ou son représentant, médecin inspecteur de la santé, d'apprécier la suite à donner à l'admission du candidat.

Article 42 bis

Si un étudiant(e) ne satisfait pas aux obligations vaccinales, hors mesures médicales dérogatoires, avant d'intégrer un stage, celui-ci ne pourra être mis en œuvre.

Article 43

Un médecin du service de médecine préventive du Centre Hospitalier du Rouvray, examine les étudiant(e)s en cours d'études.

Les dates et horaires des visites sont programmés à l'avance et communiqués aux étudiant(e)s. Ceux-ci doivent se soumettre obligatoirement aux convocations du service de médecine préventive.

Article 44

Un exemplaire du présent règlement est obligatoirement remis à chaque étudiant(e). Il/elle en atteste par le document qu'il remet lors de son admission dans l'Institut de Formation en Soins Infirmiers.

L'étudiant(e) est tenu(e) de prendre connaissance de ce règlement et de s'y conformer régulièrement.

TITRE III : Dispositions applicables aux personnels

Article 45 Droits et obligations des personnels

Les droits et obligations des personnels font l'objet de dispositions légales et réglementaires générales ou particulières auxquelles il convient de se reporter (statut général, statut particulier, code du travail...)

Un exemplaire du présent règlement intérieur est remis à chaque membre du personnel.

Article 46

Un exemplaire du règlement intérieur est à la disposition de chaque membre du personnel et des usagers sur la gestion documentaire de l'institut, ainsi qu'au centre de documentation en version papier.

REGLEMENT INTERIEUR DE LA SALLE DE TRAVAUX PRATIQUES ET DE SIMULATION EN SOINS INFIRMIERS

PREAMBULE :

- Champ d'application :

Les dispositions du présent règlement intérieur ont vocation à s'appliquer :

- A l'ensemble des usagers de l'institut de formation, personnels et étudiant(e)s
- A toute personne présente, à quelque titre que ce soit au sein de l'institut de formation (intervenants extérieurs, prestataires de service, invités, utilisateurs des locaux à titre gracieux, etc...).

- Communication du règlement intérieur :

Un exemplaire du présent règlement est obligatoirement remis à chaque étudiant(e)s lors de son admission dans l'institut de formation. (cf. clé USB de l'institut), est affiché dans l'enceinte de la salle de travaux pratiques et de simulation.

Titre I : Dispositions communes

CHAPITRE 1 : Dispositions générales

Article 1

Le comportement des personnes (notamment actes, attitudes, propos ou tenues) doit être adapté au lieu et à la réalisation de travaux pratiques et de simulation.

Le silence doit être respecté : le chuchotement est préconisé pour les observateurs durant les séquences de réalisation de scénarios.

Article 2

Le comportement des personnes doit être conforme aux règles communément admises dans un service de soins en matière de respect d'autrui et de civilité.

Article 3

D'une manière générale, le comportement des personnes durant la réalisation des scénarios et des travaux pratiques doit être identique à celui des professionnels en service.

CHAPITRE 2 : Respect des règles d'hygiène et de sécurité

Article 4 Respect des consignes de sécurité produits dangereux

Quel que soit le lieu où elle se trouve dans l'espace de travaux pratiques et de simulation, toute personne doit impérativement prendre connaissance et respecter, conformément à l'article 5 du règlement intérieur de l'IFSI, les consignes particulières relatives à la détention ou la manipulation des produits dangereux.

Article 5 Consignes d'évacuation

Dans l'hypothèse d'une évacuation nécessaire des locaux, les consignes d'évacuation affichées dans la salle doivent être respectées.

CHAPITRE 3 : Dispositions concernant les locaux et le matériel de la salle de simulation

Article 7 Propreté du poste de travail

La propreté des postes de travail individuels et collectifs doit être assurée par les usagers qui rendent le lieu en parfait état de propreté.

Article 8 Responsabilité de l'ordre et de la sécurité

Les cadres formateurs ou les chargés de travaux pratiques assurent par délégation du directeur de l'IFSI la responsabilité de l'ordre et de la sécurité dans l'enceinte de l'espace de simulation y compris la salle de travail de débriefing et la salle de manutention.

Les étudiant(e)s ne sont pas autorisé(e)s à séjourner dans l'espace de simulation hors de la présence de formateur(s).

Article 9 Respect des règles d'organisation

Les locaux de l'espace de simulation ne peuvent accueillir plusieurs groupes ayant des séquences d'enseignement différentes simultanément.

Les responsables de promotions sont chargés de veiller à la programmation qui est centralisée auprès du « responsable de gestion du magasin de simulation ».

Le mode opératoire « Gestion du magasin de simulation » doit être suivi afin d'anticiper l'usage des salles de l'espace simulation et le bon déroulement des séquences pédagogiques ».

Titre II : Disposition applicable aux étudiant(e)s

CHAPITRE 1 : Dispositions générales

Article 10

Le respect des horaires doit être assuré conformément au règlement intérieur de l'IFSI.

Article 11

Le respect des consignes doit être assuré conformément au règlement intérieur de l'IFSI.

Article 12

Le respect du matériel doit être assuré conformément au règlement intérieur de l'IFSI.

Le matériel ne peut être utilisé qu'en présence de formateur(s) et exclusivement à des fins pédagogiques.

L'utilisation du matériel est subordonnée à la prise de connaissance et au respect des consignes particulières relatives à celui-ci.

CHAPITRE 2 : Obligations des étudiants

Article 13 Tenue professionnelle

Le port de la tenue professionnelle est requis dans l'espace simulation.

Article 14 Droit à l'image

Les étudiant(e)s ne sont pas autorisés à des prises de vues photo ou vidéo dans la salle de simulation sans y être autorisés expressément par la direction de l'institut.

Article 15 Enregistrement audio

Les étudiant(e)s ne sont pas autorisé(e)s à des enregistrements audio ou vidéo, par quelques moyens que ce soit, dans la salle de simulation sans y être autorisé(e)s expressément par la direction de l'institut.

CHAPITRE 3 : Droits des étudiants

Article 16 Usage de l'ordinateur portable dans le couloir d'observation de l'espace simulation

Les étudiant(e)s en situation d'observateur ne sont pas autorisé(e)s à utiliser du matériel informatique pour la prise de notes durant les séquences de déroulement des scénarios de simulation.

Titre III : Dispositions applicables aux professionnels

CHAPITRE 1 : Dispositions générales

Article 17 Tenue professionnelle

Le port de la tenue professionnelle est requis pour les travaux dans l'espace simulation.

REGLEMENT INTERIEUR DU CENTRE DE DOCUMENTATION, D'INFORMATION ET DE LA BIBLIOTHEQUE MEDICALE (CDIBM)

*Adopté après information de la CME (décembre 2015) lors de la séance du Conseil pédagogique :
septembre 2016*

PREAMBULE :

• Champ d'application :

Les dispositions du présent règlement intérieur ont vocation à s'appliquer :

- À l'ensemble des usagers de l'institut de formation, personnels et étudiant(e)s.
- À toute personne présente, à quelque titre que ce soit, au sein de l'institut de formation (intervenants extérieurs, prestataires de service, invités, utilisateurs des locaux à titre gracieux, etc...).

• Communication du règlement intérieur :

Un exemplaire du présent règlement est obligatoirement remis à chaque étudiant(e)s lors de son admission dans l'institut de formation. (cf. clé USB de l'institut). Il est affiché dans l'enceinte du centre de documentation, et consultable sur le site de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du Rouvray.

Titre I : Dispositions générales, hygiène et sécurité ; locaux et matériel

CHAPITRE 1 : Dispositions générales

Article 1

Le comportement des personnes (notamment actes, attitudes, propos ou tenues) ne doit pas être de nature à perturber le fonctionnement du Centre de Documentation et d'Information (CDI).

Le silence doit être respecté : le chuchotement est préconisé.

Article 2 Public concerné

- Etudiant(e)s :

Toute personne inscrite en qualité d'étudiant à l'IFSI du Centre Hospitalier du Rouvray, y compris les étudiants en prolongation d'étude à l'issue des 6 semestres de formation initiale.

- Professionnels de l'institut :

Toute personne inscrite au tableau du personnel de l'IFSI du centre hospitalier du Rouvray

-Intervenants vacataires :

Toute personne intervenant dans le cursus de formation des étudiants de l'institut.

- Professionnels du CH du Rouvray :

Tout professionnel inscrit au tableau du personnel du centre hospitalier du Rouvray hors personnel de l'IFSI du centre hospitalier du Rouvray.

- Le personnel médical du Centre Hospitalier du Rouvray

- Autres usagers :

Toute personne hors celles spécifiées supra, ayant fait l'objet d'une autorisation conventionnelle du directeur de l'institut de formation en soins infirmier du Rouvray.

Article 3 Reproduction, photocopie

La reproduction de documents fait l'objet d'une réglementation particulière, ayant pour objet notamment la protection de la propriété intellectuelle ainsi que le respect des droits d'auteur.

Article 4 Utilisation du matériel de reproduction et d'impression en lien avec l'usage de l'informatique

Une imprimante-photocopieuse est à disposition des étudiants. La reproduction et/ou l'impression est conditionnée au règlement anticipé de droits d'accès renouvelables.

L'utilisation du matériel de reproduction et d'impression est subordonnée à un identifiant et un code personnel qui est remis à l'étudiant lors de son premier règlement et valable durant toute la formation.

Le personnel médical du Centre Hospitalier du Rouvray, les professionnels du Centre Hospitalier du Rouvray, les «autres usagers» peuvent solliciter l'adjoint du directeur de l'IFSI afin d'obtenir un identifiant ainsi qu'un code sous réserve de s'acquitter du règlement de l'avance sur consommation. (Les tarifs sont affichés à l'IFSI).

CHAPITRE 2 : Hygiène et sécurité

Article 5 Tabagisme

Rappel de l'interdiction de fumer et de « vapoter » prévu à l'article 4 du règlement intérieur de l'institut.

Article 6 Consignes de sécurité

Prise de connaissance des consignes de sécurité prévu à l'article 5 du règlement intérieur de l'institut.

CHAPITRE 3 : Locaux et matériel

Article 7 Propreté du poste de travail

La propreté du poste de travail individuel doit être assurée par l'usager. Celui-ci rend le lieu en parfait état de propreté.

Article 8 Responsabilité de l'ordre et de la sécurité

Le/La documentaliste assure par délégation du directeur de l'institut de formation la responsabilité de l'ordre et de sécurité dans l'enceinte du CDI y compris la salle de travail et la salle informatique.

Article 9 Accueil des travaux de groupes

Les locaux du centre de documentation peuvent accueillir des travaux de groupes et/ou des travaux dirigés. Ceux-ci doivent faire l'objet d'une organisation concertée entre le CDI et les responsables de promotions.

Article 10 Respect des règles d'organisation

Les horaires d'ouvertures sont susceptibles de variations en raison de contraintes conjoncturelles. Le/la responsable du CDI est chargé(e) du respect des horaires. Le secrétariat de direction de l'IFSI est chargé de l'information concernant les éventuelles modifications qui doivent être validées par la direction.

Article 11 Conditions de prêts

• Etudiant(e)s de l'institut et professionnels de l'institut :

- Les livres peuvent être empruntés pour une durée de 30 jours maximum, une prolongation de 15 jours peut être accordée à titre exceptionnel si l'ouvrage n'a pas fait l'objet d'une réservation par un autre usager.
- Les revues, les dictionnaires et livrets d'encadrement de stage sont uniquement consultables dans l'enceinte du CDI
- Du matériel audio et audio-visuel peut être mis à disposition pour une période de 15 jours maximum.

• Intervenants vacataires et professionnels du Centre Hospitalier du Rouvray y compris personnel médical :

- Les livres peuvent être empruntés pour une durée de 30 jours maximum, une prolongation de 15 jours peut être accordée à titre exceptionnel si l'ouvrage n'a pas fait l'objet d'une réservation par un autre usager.
- Les revues, les dictionnaires et livrets d'encadrement de stage sont uniquement consultable dans l'enceinte du C D I B M.

• Autres usagers :

Une consultation sur place du matériel à disposition est possible. Il n'est pas consenti de prêt en dehors d'un conventionnement formel (après avis du président de CME ou de son représentant pour ce qui concerne le fond documentaire de la Bibliothèque Médicale).

Certains ouvrages irremplaçables ne peuvent être prêtés en dehors du Centre de Documentation que sur demande formalisée validée par le président du comité scientifique pour les ouvrages relevant de la Bibliothèque médicale ; par le directeur de l'IFSI pour les autres ouvrages.

Article 13 Conditions de réintégration de documents et matériels empruntés.

Tout emprunt non restitué dans les délais fait l'objet d'une relance par courrier.

Dans l'hypothèse d'une non réponse dans un délai de 15 jours, une seconde relance est adressée par courrier recommandé avec AR.

En l'absence de retour sous 15 jours suivant l'envoi de cette relance, un titre de recette est émis à l'encontre de l'emprunteur auprès du trésor public à valeur de remplacement à neuf de l'ouvrage ou du matériel concerné.

Le prêt de l'ouvrage de remplacement à l'emprunteur mentionné ci-dessus n'est plus possible.

Article 14 Ouvrage ou matériel perdu ou détérioré

Tout ouvrage ou matériel perdu ou détérioré est remplacé par l'institut.

Le coût du remplacement est facturé auprès de l'emprunteur défaillant conformément aux dispositions de l'article 13.

Article 15 Utilisation de clés USB sur le matériel informatique du CDI et protection anti-virus.

L'utilisation de clés USB sur le matériel informatique du CDIBM est conditionnée au contrôle systématique de celle-ci par le système de protection anti-virus mis à disposition du CDI.

Titre II : Dispositions complémentaires

CHAPITRE 1 : Dispositions générales

Article 16 Frais de reproduction

- Professionnels de l'institut, et Intervenants vacataires :

La reproduction peut être assurée à titre gracieux par le centre de documentation qui en assure la traçabilité. Un délai de 24h peut être requis pour satisfaire la demande.

- Professionnels du CH du Rouvray et autres usagers :

La reprographie peut être assurée par le centre de documentation qui en assure la traçabilité au tarif affiché au centre de documentation. Le règlement est demandé par l'émission d'un titre de recette auprès du trésor public. Un délai de 24h peut être requis pour satisfaire la demande.

Article 17 Installation de programmes ou de logiciels

L'installation de programmes ou de logiciels est strictement interdite. Seul le service informatique est habilité à ce type d'opération. Tout contrevenant ne sera plus autorisé à avoir recours au centre de documentation. Le personnel de l'institut ne respectant pas cette consigne encourt une sanction disciplinaire.

Article 18 WIFI

La WIFI en système ouvert permet de se connecter avec du matériel informatique personnel les jours ouvrables sur des plages horaires affichées à l'accueil.

Article 19 « classe mobile »

Le matériel mobile constitué d'ordinateurs portables mis à disposition des étudiants ne peut pas être emprunté par des usagers non-étudiants en dehors des interventions programmées auprès des étudiants. Ce matériel est connecté par wifi au réseau de l'institut. Il est destiné à être utilisé dans les locaux de l'IFSI: salle de TD ou Salle de travail du CDIBM notamment.

En dehors des heures d'ouverture du CDI, il est possible d'emprunter ces ordinateurs portables au niveau du secrétariat d'accueil, la restitution devant être réalisée avant la fermeture de celui-ci.

CHAPITRE 2 : Alimentation du fond documentaire de la BM

Article 20 Demandes d'achat d'ouvrage ou d'abonnement à des périodiques médicaux

Elles doivent faire l'objet d'une demande déposée auprès de la documentaliste. La décision n'est validée qu'après avis conforme du comité scientifique.

Article 21 Composition du comité scientifique

- Président de la CME ou son représentant
- Professeur d'Université - Praticiens Hospitalier de la spécialité
- Président (e) du bureau de l'internat
- Président(e) du collège des psychologues
- Directeur (trice) de l'IFSI assisté du/de la secrétaire de l'IFSI (pour assurer le secrétariat de séance)
- Documentaliste

Annexe I : Horaires d'ouverture du centre de documentation :

Lundi au jeudi : De 08h30 à 17h30

Vendredi : De 08h30 à 16h00

ROLE, MISSIONS ET FONCTIONNEMENT DU COMITE SCIENTIFIQUE DE LA BIBLIOTHEQUE MEDICALE

1. Rôle du Comité Scientifique

Le rôle du comité scientifique est d'assurer la représentation, dans la gestion de la Bibliothèque Médicale, du corps médical et des professionnels du Centre Hospitalier du Rouvray qui y recourent.

Il apporte la caution scientifique dans les choix qui sont faits dans le développement du fond documentaire de la bibliothèque médicale.

2. Mission du Comité Scientifique

Dans le cadre de l'enveloppe budgétaire attribuée à la Bibliothèque Médicale, le Comité Scientifique valide les demandes d'achat qu'il priorise.

Il contribue à l'évolution du fond de revues et à sa modernisation dans le cadre d'une dématérialisation devant en faciliter l'accessibilité et en permettre l'enrichissement, en fonction de l'évolution des besoins des professions représentées au Centre Hospitalier du Rouvray.

3. Fonctionnement du Comité Scientifique

Le comité scientifique est présidé par un président élu par les membres du Comité Scientifique à la majorité des membres (3/5).

Le comité scientifique se réunit une fois par an pour :

- Valider le budget prévisionnel de la bibliothèque médicale
- Valider l'inventaire des investissements effectués dans l'année
- Définir les grandes orientations de l'évolution des « bouquets » d'abonnement pour l'année à venir
- Donner un avis sur l'organisation et le fonctionnement du CDIBM
- Initier et/ou soutenir des manifestations culturelles.

Un bureau restreint du Comité Scientifique se réunit une fois par trimestre pour valider les commandes d'ouvrages qui sont déposées par les professionnels auprès de la documentaliste du CDIBM à l'adresse suivante : CDIBM@ch-lerouvray.fr

Ce bureau est composé du/de la président(e) du Comité Scientifique, du/de la documentaliste, du/de la président(e) du collège des psychologues, du/ de la directeur (trice) de l'IFSI.

5^{ème} partie

SECURITE

▶ 5^{ème} PARTIE : SECURITE

▶ UTILISATION DES RESSOURCES INFORMATIQUES

p. 94 à 102

▶ CIRCULATION ET STATIONNEMENT AUTOMOBILE DANS LE PARC DU CENTRE HOSPITALIER
DU ROUVRAY

p. 103

► UTILISATION DES RESSOURCES INFORMATIQUES

Le présent règlement intérieur a pour objet de définir les règles d'utilisation des moyens informatiques mis à la disposition du personnel du centre hospitalier du Rouvray et ainsi de permettre de :

- De respecter les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, concernant notamment la protection des libertés individuelles, la confidentialité des données à caractère nominatif, la protection des logiciels, la répression de la contrefaçon, la protection du droit des auteurs et de la propriété intellectuelle,
- D'assurer la sécurité du système d'information
- De maintenir les performances du système et assurer à chacun un environnement de travail de qualité.

Ce règlement intérieur expose les principales règles que tout utilisateur doit respecter, qu'il s'agisse de règles générales d'utilisation, de règles de sécurité, d'interdictions posées par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur ou de règles de bonnes pratiques permettant un partage équitable des ressources entre l'ensemble des utilisateurs.

Une annexe à ce règlement intérieur précise les règles s'appliquant spécifiquement à l'utilisation d'Internet et de la messagerie électronique.

L'attention des utilisateurs est appelée sur le caractère non limitatif des règles posées au présent règlement intérieur, qui s'appliquent sans préjudice du respect de l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

● DEFINITIONS

Le terme « utilisateur » désigne toute personne utilisant les ressources informatiques de l'établissement, qu'il s'agisse de personnels titulaires et stagiaires, d'agents contractuels de droit public ou privé, de stagiaires, d'étudiants en soins infirmiers de l'IFSI, de prestataires publics ou privés intervenant dans la maintenance ou l'installation du système.

Le terme « ressources informatiques » désigne tout moyen matériel (serveurs, ordinateurs, imprimantes et autres équipements informatiques) et logiciels, mis à disposition par l'établissement.

● PERIMETRE D'APPLICATION

Le règlement intérieur s'applique à tout utilisateur des ressources informatiques mises à disposition par l'établissement dans ses structures intra et extra hospitalières ainsi que tout autre moyen de connexion à distance afin d'accéder via le réseau informatique de l'établissement, à tout service de communication et de traitement électronique interne ou externe, y compris l'accès sur l'internet.

Le respect des règles définies par le présent règlement intérieur s'étend également à l'utilisation des systèmes informatiques d'organismes extérieurs à l'établissement, systèmes accessibles par l'intermédiaire des réseaux de l'établissement.

● SANCTIONS

La violation des dispositions précisées par le présent règlement intérieur est susceptible d'engager la responsabilité de l'utilisateur et d'entraîner des sanctions :

- Disciplinaires, conformes au régime dont relève l'utilisateur.
- Pénales, en fonction de la législation en vigueur.

REGLES GENERALES D'UTILISATION, D'ACCES ET DE SECURITE

1. Règles générales

Chaque utilisateur est responsable de l'usage qu'il fait des ressources informatiques de l'établissement à partir des comptes qui lui ont été ouverts ou des matériels mis à disposition.

Il doit contribuer à la sécurité générale du système d'information et réserver l'usage de ces ressources au cadre de son activité professionnelle.

L'établissement met à la disposition des utilisateurs les ressources matérielles et logicielles nécessaires à l'exercice de l'activité professionnelle.

L'ajout ou l'utilisation de matériels personnels ou l'installation de logiciels autres que ceux autorisés et installés par l'établissement sont interdits.

L'utilisation des logiciels et plus généralement de tout document doit se faire dans le respect des dispositions légales et réglementaires liées à la propriété intellectuelle, des recommandations fixées par les détenteurs de droits et des engagements pris par le Centre Hospitalier du Rouvray (dans les contrats de licences par exemple).

Toute demande d'installation doit être formulée auprès de la Direction des Affaires Générales et du Système d'Information (DAGSI) (service informatique) (cf. I/DEI/02/A).

Sur les sites de l'établissement, tout utilisateur doit respecter les modalités de raccordement des matériels aux réseaux de communication internes et externes telles qu'elles sont fixées par la DAGSI.

Ces raccordements ne peuvent être modifiés qu'avec son autorisation préalable. Ces modalités couvrent à la fois des aspects matériels (connexion physique) et logiciel (connexion logique).

L'utilisateur doit veiller à respecter les règles techniques applicables et les procédures ou protocoles d'usage du matériel et des logiciels (gestion documentaire de l'établissement).

Il assure en outre, la protection de ses données et de ses informations en utilisant les moyens de sauvegarde les plus adaptés.

2. Conditions d'accès de l'utilisateur

L'établissement ne peut faire bénéficier l'utilisateur d'un accès aux ressources informatiques qu'après acceptation du présent règlement intérieur.

L'utilisation des ressources informatiques du Centre Hospitalier du Rouvray est soumise à autorisation préalable.

Cette autorisation doit être demandée à la DAGSI sous couvert de son responsable de pôle.

- Cette autorisation est concrétisée par l'accès à un poste de travail et par l'ouverture d'un compte (identifiant et mot de passe autorisant l'accès à une session utilisateur Windows).
- Cette autorisation est strictement personnelle et ne doit en aucun cas être cédée, même temporairement à un tiers.
- Cette autorisation ne vaut que pour les activités concourant aux missions de l'établissement, dans le respect de la législation en vigueur et que pour les missions confiées à l'agent.
- L'établissement se réserve le droit de retirer à tout moment cette autorisation.

3. Règles de sécurité

Tout utilisateur est responsable de l'utilisation qu'il fait des ressources informatiques de l'établissement à partir du compte qui lui a été ouvert ou des matériels mis à sa disposition.

Les postes de travail sont équipés d'un logiciel anti-virus.

Toutefois, les utilisateurs sont invités à faire preuve de vigilance dans l'utilisation et les transferts des fichiers en provenance du réseau interne ou externe ou de dispositifs de stockage (clés ou CD).

Sauf exception motivée, l'utilisation de tels supports externes de stockage est interdite au sein des structures extra-hospitalières.

Le transfert de documents entre l'extra et l'intra-hospitalier s'effectue sur les dossiers de travail du réseau de l'établissement.

Chaque utilisateur doit contribuer à la sécurité du système d'information.

En conséquence, il lui est demandé :

- D'utiliser un mot de passe permettant de garantir la sécurité de l'accès et d'en changer régulièrement, systématiquement lorsque le dispositif de sécurité du système l'exige
- A cet effet, il est conseillé d'utiliser un mot de passe composé d'au moins six caractères, mêlant lettres minuscules, majuscules et chiffres
- De ne pas divulguer ou afficher, par quelque moyen que ce soit, le mot de passe permettant d'accéder aux ressources informatiques
- De verrouiller la station de travail (ctrl-alt-suppr) en cas d'absence prolongée
- De veiller au cheminement et à l'élimination par broyage des documents comportant des données nominatives issus des imprimantes, photocopieurs et fax.

INTERDICTIONS, OBLIGATIONS ET REGLES DE BONNES PRATIQUES

1. Interdictions :

En toutes circonstances, conformément aux dispositions légales réglementaires en vigueur, il est strictement interdit :

- De consulter, charger, stocker, publier, diffuser ou distribuer à l'aide des moyens informatiques de l'établissement, des documents, informations, images, vidéos, à caractère violent, pornographique ou portant atteinte au respect de la personne humaine et de sa dignité, ainsi qu'à la protection des mineurs.
- Sont notamment concernés les contenus à caractère raciste, révisionniste, pédophile, prônant la discrimination sur la base du sexe, du handicap, de la religion ou des convictions politiques.
- De charger, stocker ou transmettre des fichiers contenant des éléments protégés par les lois sur la propriété intellectuelle, sauf à posséder les autorisations nécessaires.
- De charger, stocker ou transmettre des fichiers contenant des éléments protégés par dispositions relatives au droit à l'image ou à la protection de la vie privée, sauf à posséder les autorisations nécessaires.
- De charger, stocker, utiliser ou transmettre des programmes, logiciels, progiciels, protégés par les lois sur la propriété intellectuelle autres que ceux autorisés et installés par l'établissement.
- D'utiliser les ressources informatiques pour une activité illégale ou susceptible de porter préjudice à l'établissement.
- De détenir, transférer ou conserver sur des dispositifs de stockage personnels ou privés des données à caractère professionnel.
- De diffuser des informations confidentielles à des tiers non autorisés ou de transmettre des données médicales nominatives par des moyens ne respectant pas les impératifs de cryptage.
- D'utiliser les ressources informatiques à des fins de harcèlement, menaces ou injures.
- D'utiliser le principe de chaîne c'est-à-dire la diffusion collective démultipliée par le biais de la messagerie.

2. Obligations relatives aux données nominatives :

Toute constitution à l'aide des moyens informatiques de l'hôpital ou sur son réseau de traitements de données nominatives doit faire l'objet, préalablement à leur mise en œuvre d'une déclaration ou d'une demande d'avis auprès de la commission nationale informatique et libertés (CNIL) (loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).

Toute personne utilisant des moyens informatiques mis à disposition par le Centre Hospitalier du Rouvray s'engage à demander l'autorisation de la direction de l'établissement pour posséder ou créer de tels fichiers. La direction de l'établissement effectuera auprès de la CNIL les démarches nécessaires.

Il est rappelé que la réalisation et le stockage de documents vidéo et photo suppose au préalable de recueillir l'accord écrit des personnes concernées (droit à l'image).

Le stockage de documents vidéo et photo impliquant des patients et des personnels de l'établissement nécessite la consultation préalable de la direction de l'établissement afin de déterminer un lieu identifié et sécurisé de stockage.

3. Règles de bonnes pratiques

Les ressources informatiques de l'établissement, en termes de volume de stockage, de flux de bande passante, sont partagées par l'ensemble des utilisateurs. Il leur est donc demandé de respecter les règles de bonnes pratiques suivantes :

• Stockage :

- Stocker les fichiers volumineux en format compressé (type zip).
- Ne pas dépasser, s'ils existent, les quotas prévus par l'établissement
- Ne pas stocker localement (dans le dossier « Mes documents » ou sous le répertoire racine C :) des fichiers qui pourraient être archivés sur les serveurs bureautiques du réseau de l'établissement.
- Cas des fichiers volumineux (photos, vidéos, musique) : ne pas stocker localement (dans le dossier « Mes documents» ou sous le répertoire racine C) ces fichiers. La détention des fichiers photos, vidéos, musique doit se faire dans le respect des dispositions législatives et réglementaires liées à la propriété intellectuelle.
- La responsabilité de l'établissement ne saurait être engagée en la matière.

• Archivage :

- Supprimer ou archiver les fichiers les plus anciens et qui ne sont plus utilisés.

• Impression :

- Limiter au strict nécessaire les impressions de documents.
- N'imprimer les documents volumineux ou incluant de nombreux graphiques que pendant les heures creuses.

4. Signalement des incidents et évènements indésirables liés aux ressources informatiques

L'utilisateur est tenu de signaler à la DAGSI dans les plus brefs délais tout incident de sécurité (apparition de virus, tentative d'intrusion ou intrusion), tout dysfonctionnement qu'il serait amené à observer dans le système d'information de l'établissement. Il dresse en parallèle une fiche d'évènement indésirable.

REGLES COMPLEMENTAIRES CONCERNANT LES APPLICATIONS GERANT DES INFORMATIONS DE SANTE A CARACTERE PERSONNEL

Les informations de santé à caractère personnel des patients sont conservées dans un dossier informatisé et un dossier papier.

Chaque patient a un dossier informatisé unique commun à toutes les structures de soins du Centre hospitalier du Rouvray.

Le dossier informatisé du patient est constitué par le logiciel CORTEXTE®.

1. Accès à CORTEXTE (dossier patient informatisé)

Les professionnels de santé de l'établissement se connectent en utilisant leur session, cet accès est strictement individuel. Le mot de passe ne doit pas être communiqué, il doit être difficile à deviner, il contient au moins 6 caractères alphanumériques.

Le logiciel CORTEXTE est configuré pour demander un nouveau mot de passe tous les 45 jours. Il faut verrouiller sa session lorsqu'on quitte le poste. Il est interdit d'utiliser les identifiants d'un autre utilisateur.

La gestion des accès des professionnels au logiciel CORTEXTE est réalisée par le Département de l'information Médicale (DIM).

Les professionnels ont des droits variables de lecture et d'édition (écriture) dans ce dossier en fonction de leur métier et de leur lieu d'exercice.

Les professionnels sont autorisés à accéder au contenu du dossier d'un patient uniquement s'ils sont directement impliqués dans le soin de ce patient.

Toute consultation dictée par des intérêts personnels directs (dossiers patients concernant des proches, voisins, relations de travail, etc...) ou indirects (demande venant d'un proche, d'une relation, famille d'un patient etc...) est interdite et donnera suite à des poursuites selon la réglementation en vigueur.

Le Département de l'information Médicale effectue des contrôles systématiques sur les accès au dossier des patients (consultations de dossiers, actions effectuées) et est en mesure de relever ainsi l'identité des contrevenants à ce présent règlement intérieur.

Dans le cadre d'une recherche scientifique ou d'une évaluation des pratiques, des dérogations peuvent être obtenues auprès du DIM pour accéder à certaines informations, dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

2. Traçabilité dans CORTEXTE

Tous les accès à un dossier patient sont tracés : dates, heures nom, prénom et fonction de l'utilisateur.

Ces informations sont accessibles sur la page d'accueil du dossier d'un patient (bouton "Utilisateurs"). Elles font parties du dossier du patient et bénéficient des règles de communication et de conservation du dossier patient.

Il est possible d'imprimer des éléments choisis du dossier du patient. Les documents imprimés rejoignent le dossier papier du patient et doivent être traités comme tel.

Les documents imprimés sont tracés : date, heure, nom, prénom, fonction de l'opérateur ainsi qu'une copie numérique du document imprimé.

Ces informations sont accessibles sur la page d'accueil du dossier du patient : bouton « Histo. Imp. » Les données à caractère personnel des patients ne doivent pas être dupliquées, ni stockées sur des supports externes (clés USB ou autres) ou être transmises dans des emails qui ne soient pas sécurisés.

En cas de manquement aux règles du présent règlement intérieur, la personne responsable de ce manquement est passible de sanctions internes à l'établissement et éventuellement de sanctions civiles ou pénales, selon la gravité du manquement et la réglementation en vigueur.

NB : Les règles complémentaires concernant les applications gérant des données de santé ont été rédigées par le DIM, validées par le Directoire, la CME et le CTE de février 2014.

ANNEXE : REGLES D'UTILISATION D'INTERNET ET DE LA MESSAGERIE ELECTRONIQUE

1. Accès à Internet

• Modalités d'accès

Les accès individuels ouverts par la DAGSI sont réservés à la consultation de sites concernant le domaine professionnel.

L'établissement se réserve donc le droit de :

- Bloquer l'accès à des sites n'ayant aucun rapport avec l'activité professionnelle ;
- Bloquer l'accès internet (Web) en cas de constatation d'abus de l'utilisateur ;
- Limiter l'accès des utilisateurs à quelques sites ; par défaut, les agents disposant d'une session utilisateur Windows ont accès aux sites internet figurant sur la page d'accueil du site intranet de l'établissement.

• Bonnes pratiques d'utilisation

La bande passante du réseau est une ressource coûteuse et limitée.

Pour assurer un équilibre optimal de la charge du réseau, un partage équitable de la bande passante, et donc des performances satisfaisantes pour tous, l'application des règles suivantes d'utilisation des services est recommandée :

Ne pas charger de fichiers volumineux et/ou exigeants en espace disque et bande passante (fichiers vidéo, sons, ...).

Ne pas utiliser de sites exigeants en bande passante (sites de conversation en temps réel type « chat », de consultation de vidéo en « streaming »)

• Traces laissées par les utilisateurs, protection contre la malveillance et sécurité

A des fins statistiques, de qualité de service et de sécurité, le trafic Internet est supervisé par la DAGSI, qui dispose des éléments d'information remis par son fournisseur d'accès.

Pour les mêmes raisons, l'établissement procède à des vérifications régulières du trafic, dans les limites fixées par la loi.

Les administrateurs informatiques (DAGSI) qui effectuent ces opérations, sont tenus au secret professionnel. L'historique des traces de connexion sur Internet des utilisateurs est sauvegardé sur une période de 6 mois, conformément aux recommandations de la CNIL.

Il est rappelé aux utilisateurs que les serveurs hébergeant les sites consultés conservent des marques électroniques susceptibles d'impliquer l'utilisateur et l'établissement.

Ces traces sont parfois recueillies de façon malveillante à l'aide de programmes dits « logiciels espions » destinés à favoriser l'enregistrement de l'adresse électronique (adresse IP) du poste utilisé, de données relatives aux centres d'intérêt de l'utilisateur ou susceptibles de favoriser des tentatives d'accès non autorisées.

Le fournisseur d'accès Internet de l'établissement assure la protection contre la malveillance et l'intrusion au moyen d'un logiciel anti-virus et d'un logiciel pare-feu.

Messagerie électronique :

Les comptes de messagerie sont ouverts par l'établissement et réservés à un usage professionnel.

• Application du principe du secret des correspondances privées :

Les messages électroniques (ou courriels) émis depuis les comptes ouverts par l'établissement constituent des écrits impliquant l'établissement. Tout message de ce type est susceptible d'être stocké, réutilisé ou exploité par son destinataire.

Le message électronique constitue une preuve ou un commencement de preuve par écrit. L'établissement s'engage à respecter le secret des correspondances privées dans les limites fixées par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur ainsi que par la jurisprudence.

En particulier, l'établissement peut être saisi par une autorité compétente dans le cadre d'une instruction pénale ou par une décision de justice pour lever, sous le contrôle d'un juge ou d'un huissier, le secret des correspondances privées.

• Ouverture :

Se référer au paragraphe 2 du règlement intérieur d'utilisation des ressources informatiques.

Toute ouverture de boîte à lettres s'accompagne d'une inscription sur l'annuaire global de la messagerie de l'établissement.

• Règles de bonnes pratiques :

- Bref et pertinent :

L'extension de la messagerie dans l'établissement fait que plusieurs centaines de boîtes aux lettres peuvent s'échanger des messages. Ainsi le nombre des messages diffusés par une boîte aux lettres est en augmentation constante. Déjà quelques boîtes aux lettres reçoivent et/ou émettent plusieurs centaines de messages par jour.

Il est donc nécessaire que les messages soient les plus brefs et les plus pertinents possibles. Chacun y gagnera du temps.

- Chaîne :

La caractéristique principale d'une chaîne est d'augmenter d'une manière exponentielle le nombre de messages circulants (un message d'une chaîne pointant sur dix destinataires peut devenir un million de messages au bout de six générations), elle peut mettre en péril l'ensemble du système

L'utilisateur devra donc s'abstenir de créer et/ou de participer à ces chaînes.

- Courtoisie :

Les règles habituelles de courtoisie devront s'appliquer à l'ensemble des messages émis.

- Utilisation de listes de distribution collectives (tous, tous médecins...) ou personnelles :

Ces listes ont été créées pour permettre aux instances d'informer rapidement un groupe ou une corporation. Elles n'ont pas pour objet de passer de petites annonces, diffuser de la publicité ou des informations associatives ou tout autre information qui ne soit pas d'un caractère professionnel.

Il en est de même pour les listes de distributions personnelles que chacun peut se constituer dans son carnet d'adresse personnel.

Par de très gros volumes de données instantanés qu'elles engendrent par les tempêtes de messages, l'antivirus de la messagerie peut demander plusieurs minutes, après l'envoi, pour nettoyer des messages et leur utilisation à outrance peut déstabiliser la messagerie jusqu'à la rendre inutilisable.

L'utilisateur devra donc être vigilant à n'utiliser ces listes que dans le cadre institutionnel, à bon escient et s'abstenir d'envoyer des documents attachés aux messages lors de leur utilisation.

- Conseils :

- Eviter les messages trop volumineux (taille supérieure à 1 Mo) ou utiliser des utilitaires de compression de fichiers ou de tronçonnage des messages si nécessaire.
- Effectuer les envois les plus volumineux et non urgents pendant les heures creuses (de 18 h00 à 08h00).
- Pas d'images en arrière-plan des messages.

• Archivage des messages :

Il ne peut être envisagé de conserver indéfiniment les messages sans risquer de créer des dysfonctionnements sur le serveur de la messagerie.

- Épurer régulièrement les messages et/ou pièces jointes devenus inutiles.
- Vider régulièrement la corbeille de la messagerie.
- Respecter les quotas limitant l'utilisation de l'espace disque des messageries

La durée maximale de conservation des messages est limitée actuellement à 1 an ce qui signifie que les messages antérieurs à 1 an sont systématiquement détruits.

Chaque utilisateur doit prendre lui-même, s'il souhaite, l'initiative de conserver dans les dossiers personnels les messages qui pourraient ainsi être supprimés.

Cette durée de conservation pourra être diminuée si le besoin s'en fait sentir. Chacun en sera averti.

• Manquement au règlement intérieur :

L'établissement se réserve donc le droit de désactiver l'adresse email en cas de constatation d'abus de l'utilisateur.

► CIRCULATION ET STATIONNEMENT AUTOMOBILE DANS LE PARC DU CENTRE HOSPITALIER DU ROUVRAY

● Circulation :

Conformément aux panneaux implantés aux deux entrées de l'hôpital, la vitesse de circulation dans le parc est limitée à 30km/h. Sur la voie située à proximité de la cafeteria, la vitesse de circulation est limitée à 10km/h.

Les conducteurs doivent veiller à la sécurité des piétons et il est rappelé que les piétons sont prioritaires dans l'établissement.

Des panneaux signalent que des ralentisseurs sont installés sur certaines voies.

Les conducteurs doivent également respecter d'autres panneaux de signalisation, notamment sens obligatoire, sens interdit, STOP ainsi que la règle de la priorité à droite.

● Stationnement :

Le stationnement des véhicules doit être réalisé dans les endroits où un panneau mentionne l'existence d'un parking et il est également possible sur les voies pour lesquelles le stationnement n'est pas interdit.

Des zones de stationnement, matérialisées par un marquage au sol et un panneau vertical sont réservées :

- aux ambulances ainsi qu'aux personnes handicapées et Grands Invalides de Guerre, Grands Invalides Civils.
- pour les locaux linges sales, locaux déchets, locaux postes de transformation électriques et la chaufferie.

Des zones de stationnement également matérialisées par un marquage au sol, un panneau vertical et complémentaiement par un rectangle rouge apposé en hauteur sur le mur des bâtiments hospitaliers, sont réservées pour l'intervention des véhicules d'incendie et de secours.

Le véhicule stationné sur les zones réservées ou interdites (zones interdites matérialisées par une bande jaune) pourra faire l'objet, sur une vitre de celui-ci de la pose par un agent du Centre Hospitalier du Rouvray désigné par le directeur, d'un autocollant rappelant l'interdiction, sans porter atteinte à la visibilité de la conduite automobile. Une lettre sera en outre adressée au propriétaire du véhicule concerné par l'interdiction constatée.