

Centre Hospitalier  
du Rouvray

4, Rue Paul Éluard  
76301 Sotteville-lès-Rouen  
02 32 95 12 34  
[www.ch-lerouvray.fr](http://www.ch-lerouvray.fr)  
Métropole Rouen Normandie

# Règlement intérieur du Centre Hospitalier du Rouvray



## Table des matières

<b>1.</b>	<b>DISPOSITIONS GENERALES .....</b>	<b>8</b>
1.1	LE CENTRE HOSPITALIER DU ROUVRAY ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE.....	8
1.1.1	<i>Présentation et missions du Centre Hospitalier de Rouvray.....</i>	8
1.1.2	<i>Opposabilité du règlement intérieur .....</i>	8
1.1.3	<i>Obligation de respect de l'identité visuelle du CHR .....</i>	8
1.2	L'ORGANISATION INSTITUTIONNELLE GENERALE .....	9
1.2.1	<i>Le Directeur Général, Le Conseil De Surveillance et Le Directoire .....</i>	9
1.2.1.1	Le Directeur Général.....	9
1.2.1.2	Le Conseil De Surveillance .....	9
1.2.1.3	Le Directoire .....	10
1.2.2	<i>Les instances consultatives.....</i>	10
1.2.2.1	La CME.....	10
1.2.2.2	Le CTE .....	11
1.2.2.3	La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico techniques .....	11
1.2.2.4	Le CHSCT.....	12
1.2.2.5	La CDU .....	12
1.2.3	<i>Les autres instances.....</i>	12
1.2.3.1	Le COVIRIS .....	12
1.2.3.2	La COOP .....	13
1.2.3.3	Le CARE.....	14
1.2.3.4	Copil DPI .....	14
1.3	LES GARDES DE DIRECTION .....	14
1.4	L'ORGANISATION POLAIRE .....	15
1.4.1	<i>Organisation des structures médicales .....</i>	15
1.4.2	<i>Chef de pôle, Contrat de pôle et Projet de pôle.....</i>	15
1.4.3	<i>Cadre supérieur de santé de pôle .....</i>	16
1.4.4	<i>Directeur référent de pôle .....</i>	16
1.4.5	<i>Contrôleur de gestion de pôle .....</i>	16
1.4.6	<i>Instances internes au Pôle : .....</i>	16
1.5	L'ORGANISATION DES SOINS.....	16
1.5.1	<i>La permanence des soins.....</i>	16
1.5.2	<i>Les Psychologues : missions cliniques, institutionnelles et FIR .....</i>	17
1.5.3	<i>Les fonctions des internes.....</i>	17
1.5.4	<i>Les fonctions des externes.....</i>	17
1.5.5	<i>La coordination des soins dispensés .....</i>	18
1.5.6	<i>Service de soins.....</i>	18
1.6	SECURITE ET HYGIENE .....	18
1.6.1	<i>Finalités et portée des règles.....</i>	18
1.6.2	<i>Sécurité générale.....</i>	18
1.6.2.1	Accès au CHR .....	18
1.6.2.2	Calme au sein de l'hôpital .....	19
1.6.2.3	Personnel de sécurité général .....	19
1.6.2.4	Règles de responsabilité.....	19
1.6.2.5	Rapports avec l'autorité judiciaire.....	19
1.6.2.6	Rapports avec les autorités de police.....	20
1.6.2.7	Circonstances exceptionnelles .....	20
1.6.3	<i>Sécurité de fonctionnement .....</i>	20
1.6.3.1	Gestion des risques .....	20

1.6.3.2	Personnel technique et continuité de service .....	20
1.6.3.3	Sécurité incendie .....	20
1.6.3.4	Interdiction de fumer .....	21
1.6.4	<i>Circulation et stationnement au sein du parc</i> .....	21
1.6.4.1	Nature de la voirie hospitalière .....	21
1.6.4.2	Règles applicables.....	21
1.6.5	<i>Intervention des personnels en cas d'urgence ou d'accident survenant à proximité immédiate de l'hôpital.....</i>	22
1.7	AMELIORATION DE LA QUALITE .....	22
1.7.1	<i>Mise en œuvre de la politique qualité</i> .....	22
1.7.2	<i>La gestion des risques : signalement des événements indésirables et charte de confiance.....</i>	23
1.7.3	<i>Organisation de la démarche certification par la HAS</i> .....	23
1.7.4	<i>Gestion des plaintes et des réclamations</i> .....	24
<b>2.</b>	<b>ACCUEIL, CONSULTATIONS ET HOSPITALISATION .....</b>	<b>24</b>
2.1	PRINCIPE REGISSANT L'ACCES AUX SOINS .....	24
2.1.1	<i>Droit à la prévention et aux soins.....</i>	24
2.1.2	<i>Libre choix du patient</i> .....	25
2.2	L'ACCUEIL ET L'ADMISSION DES PATIENTS .....	25
2.2.1	<i>Les dispositions générales</i> .....	25
2.2.2	<i>Les formalités administratives.....</i>	25
2.2.3	<i>Dépôt et restitution de bien et de valeurs</i> .....	26
2.2.4	<i>Information aux familles, personne à prévenir et secret de l'admission</i> .....	26
2.2.5	<i>Désignation de la personne de confiance.....</i>	27
2.2.6	<i>Le livret d'accueil</i> .....	28
2.3	LES MODALITES D'ADMISSION .....	28
2.3.1	<i>Consultations d'urgence</i> .....	28
2.3.2	<i>L'admission programmée</i> .....	28
2.3.3	<i>L'admission par transfert</i> .....	28
2.3.4	<i>L'admission en hôpital de jour.....</i>	29
2.4	LES MODES D'HOSPITALISATION .....	29
2.4.1	<i>Les soins libres</i> .....	29
2.4.1.1	Le consentement aux soins .....	29
2.4.1.2	Les formalités de l'admission .....	29
2.4.2	<i>Les soins sans consentement.....</i>	30
2.4.2.1	Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent .....	30
2.4.2.2	Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État .....	31
2.4.2.3	Les modalités de suivi des patients en soins sous contrainte.....	32
2.4.2.4	Le contrôle de plein droit du juge des libertés et de la détention (JLD) en cas de prolongation de l'hospitalisation complète.....	32
2.4.2.5	Les droits des patients hospitalisés sans leur consentement .....	33
2.5	DISPOSITIONS PARTICULIERES.....	34
2.5.1	<i>Les mineurs.....</i>	34
2.5.1.1	Garde et protection .....	34
2.5.1.2	Consultation et admission .....	34
2.5.1.3	Informations concernant les mineurs.....	36
2.5.2	<i>Les patients étrangers</i> .....	36
2.5.3	<i>Les militaires et victimes de guerre</i> .....	36
2.5.4	<i>Les patients en garde à vue.....</i>	36
2.5.5	<i>Les toxicomanes</i> .....	37
2.5.6	<i>Les détenus : unité BADINTER</i> .....	37

2.5.7	Les patients relevant d'une décision de placement en UMD.....	38
<b>3.</b>	<b>INFORMATION ET SOINS.....</b>	<b>38</b>
3.1	INFORMATION DES MALADES .....	38
3.1.1	Le droit à l'information.....	38
3.1.2	Modalités d'exercice du droit d'information .....	38
3.1.2.1	Entretien individuel .....	38
3.1.2.2	Communication du dossier médical .....	38
3.1.3	Relation avec les proches et ayants droit.....	39
3.1.4	Dispositions spécifiques pour les malades en fin de vie .....	39
3.1.4.1	Directives anticipées.....	39
3.1.4.2	Prise en charge de la douleur .....	40
3.1.4.3	Refus de soins.....	40
3.1.5	Traitement informatique des données .....	41
3.2	DISPOSITIONS APPLICABLES CONCERNANT LES MAJEURS PROTEGES .....	41
3.2.1	Les majeurs sous sauvegarde de justice .....	41
3.2.2	Les majeurs sous curatelle.....	42
3.2.3	Les majeurs sous tutelle .....	42
3.2.4	La banque des patients.....	42
3.3	PARTICIPATION AUX RECHERCHES BIOMEDICALES .....	42
<b>4.</b>	<b>SEJOUR DU PATIENT .....</b>	<b>43</b>
4.1	PRINCIPES REGISSANT LE SEJOUR .....	43
4.1.1	Règles générales.....	43
4.1.2	Dépôt des objets appartenant au patient, responsabilité en cas de perte, vol ou détérioration ....	43
4.1.3	Gestion des biens et protection des majeurs.....	44
4.1.4	Horaires quotidiens du séjour hospitalier.....	44
4.1.5	Service des repas .....	44
4.1.6	Poursuite de la scolarité .....	44
4.1.7	Autorisations de sorties ponctuelles.....	45
4.1.7.1	Soins libres.....	45
4.1.7.2	Soins sans consentement .....	45
4.1.7.3	Patients mineurs.....	45
4.1.8	Exercice des cultes.....	46
4.1.9	Intervention du service social .....	46
4.2	ACCES DES PERSONNES ETRANGERES A L'HOPITAL.....	46
4.2.1	Les visites.....	46
4.2.1.1	Recommandations générales .....	46
4.2.1.2	Recommandations spécifique pour BADINTER.....	47
4.2.1.3	Recommandations spécifiques pour l'UMD .....	47
4.2.1.4	Recommandations spécifiques pour les mineurs .....	47
4.2.2	Les stagiaires .....	48
4.2.3	Accès des prestataires de services au sein du CHR.....	48
4.2.4	Les associations et bénévoles.....	48
4.2.5	Accès des professionnels de la presse .....	48
4.2.6	Interdiction d'accès aux démarcheurs, représentants et enquêteurs .....	49
4.2.7	Règles d'intervention des délégués médicaux au sein du CHR .....	49
4.2.8	Intervention des notaires.....	49
4.3	REGLES DIVERSES .....	49
4.3.1	Respect de la dignité et de l'intimité du patient.....	49
4.3.2	Droits civiques .....	50

4.3.3	Neutralité du service publique.....	50
4.3.4	Interdiction de pourboires et manipulation des sommes d'argent .....	50
4.3.5	Effets personnels .....	51
4.3.6	Courrier.....	51
4.3.7	Téléphone .....	51
<b>5.</b>	<b>SORTIE DES PATIENTS .....</b>	<b>51</b>
5.1	SORTIE EN FIN DE SEJOUR .....	51
5.1.1	Décision .....	51
5.1.1.1	Patient en soins libre .....	51
5.1.1.2	La sortie définitive des soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent sans tiers .....	52
5.1.1.3	La sortie définitive des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.....	52
5.1.2	Organisation de la sortie par le service .....	53
5.1.2.1	Pour un patient adulte.....	53
5.1.2.2	Pour un patient mineur .....	53
5.1.3	Cas particuliers .....	54
5.1.3.1	Sortie contre avis médical .....	54
5.1.3.2	Sortie sans avis médical (à l'insu du service) .....	54
5.1.3.3	La sortie disciplinaire .....	54
<b>6.</b>	<b>DISPOSITIONS RELATIVES AU DECES D'UN PATIENT.....</b>	<b>54</b>
6.1	ATTITUDE A L'APPROCHE DU DECES .....	54
6.2	INFORMATION SUR LE DECES .....	55
6.3	FORMALITES ENTOURANT LE DECES .....	55
6.4	GESTION DES OBJETS DU DEFUNT .....	55
6.5	DON DU CORPS A LA SCIENCE .....	56
6.6	LIBERTE DES FUNERAILLES ET DISPOSITIONS TESTAMENTAIRES .....	56
6.7	PREPARATION DU CORPS DANS L'UNITE .....	56
6.8	DANS LE CADRE D'UN OBSTACLE MEDICOLEGAL.....	56
6.9	ORGANISATION DES OPERATIONS FUNERAIRES ET TRANSPORT DU CORPS.....	57
<b>7.</b>	<b>DISPOSITIONS FINANCIERES.....</b>	<b>58</b>
7.1	FRAIS DE SEJOURS HOSPITALIER.....	58
7.1.1	Régime d'hospitalisation .....	58
7.1.2	Tarif des prestations.....	59
7.1.3	Forfait journalier .....	59
7.1.4	Paiement des frais de séjours.....	60
7.1.5	Dispositions particulières et intervention du service social .....	60
7.1.6	Prestation fournies aux accompagnants.....	60
<b>8.</b>	<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS .....</b>	<b>60</b>
8.1	REGLES FONDEES SUR LE RESPECT DU MALADE .....	60
8.1.1	Devoir d'information du public.....	60
8.1.2	Secret professionnel .....	60
8.1.3	Obligation de discrétion professionnelle .....	61
8.1.4	Devoir général de réserve : respect de la liberté de conscience et d'opinion .....	62
8.1.5	Respect du confort des malades.....	62
8.1.6	Posture professionnelle .....	62
8.1.7	Caractère obligatoire du port de la tenue des professionnels.....	62
8.1.8	Identification vis-à-vis des interlocuteurs.....	63

8.1.9	Accueil et respect du libre choix des familles .....	63
8.2	AUTRES REGLES DE COMPORTEMENT PROFESSIONNEL .....	63
8.2.1	Obligation de désintéressement, obligation de déclaration d'intérêts .....	63
8.2.2	Interdiction d'exercer en parallèle une activité privée lucrative (principe d'interdiction de cumul d'emploi).....	63
8.2.3	Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou espèces .....	64
8.2.4	Interdiction de consommer ou d'introduire de l'alcool sur le lieu de travail .....	64
8.2.5	Exécutions des instructions reçues .....	64
8.2.6	Assiduité et ponctualité .....	64
8.2.7	Information du supérieur hiérarchique .....	64
8.2.8	Obligation de signalement des incidents ou risques .....	65
8.2.9	Témoignages en justice ou auprès de la police .....	65
8.2.10	Bon usage des biens de l'hôpital .....	65
8.2.11	Obligation de déposer les biens confiés par un patient ou trouvés au sein du site.....	65
8.2.12	Respect des règles d'hygiène et de sécurité.....	65
8.2.13	Interdiction de diffuser des propos injurieux ou diffamatoires sur les réseaux sociaux.....	66
8.2.13.1	Obligation de répondre aux convocations des autorités de police et de justice .....	66
8.3	UTILISATION DES RESSOURCES INFORMATIQUES .....	66
8.3.1	Définitions .....	66
8.3.2	Périmètre d'application .....	66
8.3.3	Sanctions .....	67
8.3.4	Règles générales.....	67
8.3.5	Conditions d'accès de l'utilisateur .....	67
8.3.6	Règles de sécurité et de bon usage .....	68
8.4	DROIT DU PERSONNEL .....	68
8.4.1	Liberté d'opinion, de non-discrimination.....	68
8.4.2	Protection contre le harcèlement .....	68
8.4.3	Liberté d'expression.....	69
8.4.4	Liberté syndicales et droit de grève .....	69
8.4.5	Protection organisée des agents .....	69
8.4.6	Droit d'accès à son dossier administratif .....	69
8.4.7	Disposition relatives à l'organisation du temps de travail .....	69
8.4.8	Hygiène et sécurité des conditions de travail .....	69
8.4.9	Droit à la formation.....	69
<b>9.</b>	<b>INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS .....</b>	<b>70</b>
9.1	PRESENTATION.....	70
9.2	CENTRE DE DOCUMENTATION, D'INFORMATION ET BIBLIOTHEQUE MEDICALE : DES RESSOURCES DOCUMENTAIRES ET SCIENTIFIQUES EN SANTE ET SANTE MENTALE .....	71
<b>10.</b>	<b>REFERENCES LEGISLATIVES .....</b>	<b>72</b>
<b>11.</b>	<b>GLOSSAIRE.....</b>	<b>74</b>
<b>ANNEXE 1.....</b>	<b>ANNEXE 1.....</b>	<b>76</b>
<b>ANNEXE 2.....</b>	<b>ANNEXE 2.....</b>	<b>77</b>
<b>ANNEXE 3.....</b>	<b>ANNEXE 3.....</b>	<b>103</b>
<b>ANNEXE 4.....</b>	<b>ANNEXE 4.....</b>	<b>104</b>
<b>ANNEXE 5.....</b>	<b>ANNEXE 5.....</b>	<b>105</b>

<b>ANNEXE 6.....</b>	<b>106</b>
<b>ANNEXE 7.....</b>	<b>107</b>
<b>ANNEXE 8.....</b>	<b>110</b>
<b>ANNEXE 9.....</b>	<b>111</b>
<b>ANNEXE 10.....</b>	<b>112</b>

# 1. Dispositions générales

## 1.1 Le Centre Hospitalier du Rouvray établissement public de santé

### **1.1.1 Présentation et missions du Centre Hospitalier de Rouvray**

Le Centre Hospitalier du Rouvray est un établissement public de santé spécialisé dans la lutte contre les maladies mentales sur le territoire de la Métropole Rouen Normandie, Elbeuf, Pays de Caux et Pays de Bray.

Il vise à proposer aux personnes en souffrance psychique une offre de soins adaptée et coordonnée par la prévention, le diagnostic et le soin, la réadaptation et la réinsertion sociale. Il accueille des enfants, des adolescents, des adultes et des personnes âgées en leur proposant une prise en charge complète :

- Hospitalisation temps plein.
- Hospitalisation de jour.
- Accueil à temps partiel.
- Consultation.

Les prises en charge s'organisent en fonction de l'origine géographique du patient. Des filières spécialisées sont également mises en place pour s'adapter aux besoins de chacun : addictologie, personnes âgées, malades difficiles, urgences, adolescents, psychose résistante, troubles de l'humeur, personnes en détention, etc.

En outre, le Centre Hospitalier du Rouvray met à disposition des centres d'information et propose des formations sur des thématiques relatives à la santé mentale comme par exemple l'autisme, la prise en charge des détenus et la bientraitance<sup>1</sup> en psychiatrie.

Le Centre Hospitalier du Rouvray est également un lieu de formation universitaire par la présence d'un Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et de 2 services hospitalo-universitaires.

Le Centre Hospitalier du Rouvray participe également à des travaux de recherche dans le but de faire évoluer la science et les pratiques en santé mentale.

Informations : [www.ch-lerouvray.fr](http://www.ch-lerouvray.fr)

### **1.1.2 Opposabilité du règlement intérieur**

Ce règlement intérieur s'impose à l'ensemble des personnels participant à l'organisation du service public et aux usagers du service public. Ce règlement intérieur est disponible sur l'intranet de l'établissement. La méconnaissance de ce règlement intérieur ou la conduite volontaire d'acte délictueux dans son domaine peut être constitutive d'une faute et motiver une sanction.

### **1.1.3 Obligation de respect de l'identité visuelle du CHR**

Le CH du Rouvray possède une identité visuelle qui lui est propre : un logo et une charte graphique<sup>2</sup>. Tous les supports de communication à vocation interne et externe - entête de courrier, triptyque, affiche, badge, enseigne, etc. – doivent obligatoirement respecter cette

<sup>1</sup> Charte de la promotion de la bientraitance en annexe 1

<sup>2</sup> Charte graphique en annexe 2



charte. Pour les supports non prévus dans la charte graphique, il est demandé au personnel de se rapprocher du service communication de l'établissement. Le logo et la charte graphique sont disponibles sur le logiciel de gestion documentaire de l'établissement.

## **1.2 L'organisation institutionnelle générale**

### **1.2.1 Le Directeur Général, Le Conseil De Surveillance et Le Directoire**

#### **1.2.1.1 Le Directeur Général**

Le Directeur Général conduit la politique de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement. Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement à l'exclusion de celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance. Dans les domaines déterminés par la loi, les décisions sont prises par le Directeur Général après concertation avec le Directoire. Il participe aux séances du Conseil de surveillance et exécute ses délibérations. Il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques qui s'imposent aux professionnels de santé. Il est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger.

Le Directeur Général est assisté par une équipe de Directeurs responsables, sous son autorité, du fonctionnement de l'institution dans un secteur fonctionnel ou géographique, ou dans un pôle, déterminé en application de l'organigramme de Direction. Des délégations de signatures sont mises en œuvre.

#### **1.2.1.2 Le Conseil De Surveillance**

Le CH du Rouvray est doté d'un Conseil de Surveillance. Le Directeur Général en assure le secrétariat. Le Conseil de Surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement.

Il délibère sur les matières définies par le code de la santé publique :

- le projet d'établissement mentionné à l'article L.6143-2 ;
- les conventions passées en application de l'article L.6142-5 ;
- le compte financier et l'affectation des résultats ;
- tout projet tendant au regroupement avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
- le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le Directeur
- toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son Directoire ou de son Conseil de Surveillance ;
- les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L.6145-7.

Il donne son avis sur :

- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.
- les contrats de partenariat mentionnés à l'article L.6148-2
- la participation de l'établissement à un groupe hospitalier territorial
- le règlement intérieur de l'établissement

Le Directeur peut se faire assister pendant les séances de toute personne de son choix, notamment les membres de l'équipe de direction. En cas de vote, le résultat de celui-ci s'opère par référence à la majorité des suffrages exprimés.

### 1.2.1.3 Le Directoire

Le directoire, présidé par le directeur, et dont le vice-président est le président de la commission médicale d'établissement, est un organe collégial qui :

- approuve le projet médical ;
- prépare le projet d'établissement ;
- conseille le directeur général dans la gestion et la conduite de l'établissement

Le PCSIRMT est membre de droit du directoire. La composition du directoire est complétée par des membres invités, chefs de chaque pôle. Le directoire se réunit au moins une fois par mois.

La durée du mandat des membres nommés par le directeur est de quatre ans. Ce mandat prend fin lorsque le directeur quitte ses fonctions ou lorsqu'un nouveau directeur est nommé.

## 1.2.2 Les instances consultatives

### 1.2.2.1 La CME

La CME se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son président qui en fixe l'ordre du jour. Elle est également réunie à la demande soit d'un tiers de ses membres, soit du président du directoire, soit du directeur général de l'ARS sur l'ordre du jour qu'ils proposent. Dans ces conditions, la CME définit librement son organisation interne ainsi que sa composition dans son règlement intérieur. Sa composition est également définie dans son règlement intérieur.

Des personnalités extérieures ou des professionnels de santé compétents sur des questions inscrites à l'ordre du jour et dont l'expertise est utile au bon déroulement des travaux de la commission peuvent être appelés à intervenir en séance selon des modalités prévues par le règlement intérieur.

La commission médicale d'établissement est consultée sur des matières sur lesquelles le comité technique d'établissement est également consulté ; ces matières sont les suivantes :

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

La commission médicale d'établissement est également consultée sur les matières suivantes :

1. Le projet médical de l'établissement ;
2. La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;
3. La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;
4. La politique de formation des étudiants et internes ;
5. La politique de recrutement des emplois médicaux ;

6. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
7. Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement ;
8. Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales et pharmaceutiques ;
9. Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
10. Le règlement intérieur de l'établissement ;
11. Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux.

La CME se compose de :

1. L'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médicotechniques de l'établissement
2. Des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles ;
3. Des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement ;
4. Des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement ;
5. Des représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un représentant pour les internes de médecine des autres spécialités, un représentant pour les internes de pharmacie et un représentant pour les internes en odontologie.

II. - Assistent en outre avec voix consultative :

1. Le président du directoire ou son représentant ;
2. Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ;
3. Le praticien responsable de l'information médicale ;
4. Le représentant du comité technique d'établissement, élu en son sein
5. Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;
6. Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur de l'établissement. Le président du directoire peut se faire assister de toute personne de son choix.

### 1.2.2.2 Le CTE

Le Comité Technique d'Etablissement assure la représentation des personnels non médicaux de l'établissement. Il est présidé par le Directeur, ou son représentant membre du corps des personnels de direction.

Il est composé de représentants du personnel, élus sur des listes présentées par les organisations syndicales représentatives au sein de chaque établissement. Il compte 12 membres titulaires et suppléants.

Il est consulté ou informé sur les matières relatives au fonctionnement de l'établissement, définies par décret. Il dispose d'un règlement intérieur.

### 1.2.2.3 La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques

La CSIRMT est consultée ou informée sur les questions liées à l'organisation des soins dans les conditions fixées par décret. Elle est présidée par la Directrice des Soins. Cette commission 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 :

- CME
- CARE
- Commission des Relations avec les Usagers : qualité et prise en charge
- CSIMRT GHT

Un membre de chaque collège est désigné pour être membre du bureau. Le bureau se réunit autant que 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

#### 1.2.2.4 Le CHSCT

Ce comité définit les orientations générales en vue de la protection sanitaire et de la sécurité des personnes travaillant dans l'établissement. Il est chargé de procéder à l'analyse des risques professionnels, d'étudier et de donner des avis sur les problèmes relatifs à l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des personnels liés exclusivement à la protection de la santé et de la sécurité des salariés du CHR et à l'amélioration des conditions de travail.

Il est composé de neuf représentants du personnel titulaires et de neuf suppléants dont les sièges sont attribués proportionnellement au nombre de voix recueilli par chacune des organisations syndicales présentes dans l'établissement à l'occasion du renouvellement du CTE.

#### 1.2.2.5 La CDU

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 formulées par les usagers ainsi que des suites qui leur sont données. Elle se compose ainsi :

- un représentant légal de l'établissement
- un médiateur médecin
- un médiateur non médecin
- des représentants des usagers
- le Président de la CME ou son représentant
- un représentant de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico technique
- un représentant du personnel
- un représentant du Conseil de Surveillance

### 1.2.3 Les autres instances

#### 1.2.3.1 Le COVIRIS

Le comité des Vigilances et des Risques se compose ainsi :

- un Président et d'un Vice-président,
- Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS),
- La directrice adjointe en charge de la qualité,

- La directrice des soins ou un représentant de la CSIRMT,
- La responsable QGR cadre supérieure de santé,
- L'ingénierie qualité,
- La conseillère en prévention des risques professionnels,
- La gestionnaire documentaire de l'établissement,
- Des cadres supérieurs de santé référents qualité,
- Des référents qualité médicaux,
- Des référents vigilants (pharmacovigilant, réactovigilant, matériovigilant, IDE hygiéniste),
- des référents de thématiques CREX
- des professionnels de santé non médicaux
- des représentants des syndicats
- un représentant des usagers

Le COVIRIS se réunit au maximum 3 fois par an, sur convocation. Il 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

Le COVIRIS (Comité des vigilances et des risques) participe :

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

Le COVIRIS est notamment amené à exercer les missions suivantes :

- Coordination de l'action de l'ensemble des vigilants et référents risques thématiques
- Assure le suivi et le déploiement de la culture qualité/gestion des risques dans l'établissement
- Suivi de la mise en œuvre des axes de travail définis dans la politique institutionnelle qualité/gestion des risques et son programme d'actions
- Analyse des risques à priori pour tous nouveaux projets de l'établissement (Nouveau bâtiment, changement équipement...)

### 1.2.3.2 La COOP

Les objectifs de cette Commission Opérationnelle sont d'améliorer la politique qualité et gestion des risques au sein de l'établissement et de développer la culture qualité auprès des acteurs de terrain.

Elle se compose de la Directrice des Soins, de la Directrice des Usagers, de la Qualité et des Affaires Juridiques, la responsable qualité et les cadres supérieurs de pôle, référents qualité.

Une réunion trimestrielle avec les membres de la COOP est organisée afin de:

- Présenter le suivi des FEI sur un trimestre avec l'identification des dysfonctionnements
- Réfléchir autour des actions d'amélioration à initier : présence éventuelle de gestionnaires de risques spécifiques pour la pertinence des actions proposées.
- Mettre en place de groupes de travail sur des thèmes identifiés en vue de la rédaction de documents (protocoles, procédures, CAT...) afin d'améliorer les pratiques.

Une réunion semestrielle dans chaque pôle animée par le cadre supérieur de pôle référent qualité en présence de l'encadrement du pôle, d'un référent médical et du responsable du service qualité est organisée afin de :

- Présenter le bilan des FEI rédigées dans le pôle avec étude qualitative
- Présenter le bilan des analyses des événements indésirables graves menées au sein du pôle et faire le point sur le suivi des actions d'amélioration dont la synthèse est relayée dans le bulletin qualité de l'établissement.

### 1.2.3.3 Le CARE

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 éthique. La composition de ce comité répond à des critères de pluridisciplinarité et pluri professionnalité. Un règlement intérieur définit les modalités de fonctionnement du CARE.

### 1.2.3.4 Copil DPI

Le COPIL DPI a pour missions principales :

- De mettre en œuvre la politique de gestion du dossier patient
- D'organiser le passage progressif du dossier papier au dossier informatisé
- De prendre toute mesure utile à la bonne utilisation de CORTEXTE
- De prendre toute mesure utile au bon fonctionnement conjoint CPAGE-CORTEXTE
- De prendre toute mesure concernant l'identito-vigilance, en liens étroits avec la Cellule d'identito-vigilance.

Le COPIL DPI est une instance décisionnelle dont la composition pluri professionnelle permet de prendre en compte les points de vue des acteurs concernés.

Un règlement intérieur définit les modalités de fonctionnement du Copil DPI.

## 1.3 Les gardes de direction

Afin d'assurer la présence permanente d'une autorité administrative au sein de l'établissement, de veiller à la bonne marche du service public hospitalier et de prendre les mesures nécessaires pour parer à tout événement susceptible d'entraver son fonctionnement normal, le Directeur Général, habilite plusieurs agents, membres de l'équipe de direction, attachés administratifs ou ingénieurs au sein du Rouvray, à exercer des gardes de direction, durant lesquelles ils sont investis par délégation de domaines relevant de sa compétence et de sa responsabilité.

Un tableau de garde est établi mensuellement, faisant apparaître nominativement la liste des administrateurs de garde.

Une décision écrite du Directeur Général nomme officiellement les administrateurs de garde et leur confère une délégation de signature pour plusieurs mesures qu'ils sont susceptibles de prendre au cours de leur garde de direction.

Un dossier de garde informatisé est mis à disposition des administrateurs de garde sur le réseau. Il récapitule les conduites à tenir pour des situations et des problématiques listées. Ce dossier est régulièrement actualisé par la cellule qualité.

## 1.4 L'organisation polaire

### 1.4.1 Organisation des structures médicales

Le CHR est un lieu de prise en charge des patients atteints de pathologies psychiatriques par la mise en place d'actions : de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale.

Centre d'information et de recherche, dans le but de faire évoluer la science et les pratiques en psychiatrie.

Centre de formation médicale par la présence de 2 services hospitalo-universitaires.

Lieu de formation par la présence d'un institut de formation en soins infirmiers (IFSI). Lieu de formation pour professionnels et usagers.

Le centre du Rouvray est organisé en trois pôles d'activité :

- Pôle Rouen Seine Caux Bray
- Pôle Enfants & Adolescents
- Pôle des deux rives

La psychiatrie fait l'objet d'une organisation particulière sous la forme de secteurs. Ils se définissent comme une aire géographique de prise en charge en fonction du lieu de résidence du patient. Cette organisation permet une prise en charge continue entre l'unité de soins et les structures extrahospitalière.

Chaque pôle comprend plusieurs services, sectorisés ou non. Chacune de ces structures est placée sous la responsabilité d'un psychiatre hospitalier, assisté d'une équipe pluridisciplinaire.

Au centre hospitalier du Rouvray, l'organisation des soins se compose :

- D'unités de psychiatrie générale pour adultes ;
- D'équipes mobiles ;
- D'unités de psychiatrie pour enfants et adolescents ;
- D'unités de psychiatrie pour les détenus incarcérés à la maison d'arrêt de Rouen et au centre de détention du Val de Reuil (SMPR).

### 1.4.2 Chef de pôle, Contrat de pôle et Projet de pôle

**Le Chef de pôle** est chargé de la mise en œuvre de la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il a autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle.

Il 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.

Il exerce aussi un rôle de concertation avec l'encadrement supérieur dans les domaines du soin, des ressources humaines, des affaires médicales et des affaires juridiques, pour lesquels il s'appuie sur l'organisation institutionnelle.

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. 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.

**Le Projet de pôle** est élaboré par chaque chef de pôle, il doit être conforme au contrat de pôle. Ce projet définit les missions et responsabilités confiées aux structures internes et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs assignés au pôle. Il prévoit l'organisation et les moyens qui en découlent. Le projet de pôle définit notamment, les orientations et actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'organisation des soins.

**Le contrat de pôle** est signé entre le chef de pôle et le Directeur pour une durée de 4 ans. Il est soumis à un avis préalable du président de CME afin de vérifier la cohérence avec le projet médical. Il fait l'objet d'une concertation avec le Directoire. Ce contrat de pôle permet la mise en place d'une délégation de gestion dans certains domaines. Il décrit les objectifs notamment en matière de politique et de qualité des soins, ainsi que les moyens attribués au pôle. Il est assorti d'indicateurs de résultats qui permettent d'évaluer la réalisation de ces objectifs.

#### 1.4.3 Cadre supérieur de santé de pôle

Le cadre supérieur assiste le chef de pôle dans l'application de la politique et des objectifs déclinés dans le contrat de pôle. Il participe à la mise en œuvre du projet de pôle. Il assure le management de l'ensemble de 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.

#### 1.4.4 Directeur référent de pôle

Le Directeur référent de pôle facilite la mise en œuvre des projets du pôle et est un interlocuteur privilégié entre le pôle et l'administration. Il participe à la vie du pôle.

#### 1.4.5 Contrôleur de gestion de pôle

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

#### 1.4.6 Instances internes au Pôle :

Un règlement intérieur des pôles définit les instances minimum de chaque pôle (bureau de pôle et Copil de pôle) et leurs modalités de fonctionnement.

### 1.5 L'organisation des soins

#### 1.5.1 La permanence des soins

L'organisation médicale mise en place a pour objet d'assurer en continu la permanence des soins. Afin de garantir le fonctionnement continu du service hospitalier, les membres du personnel médical assurent le service quotidien de jour, du matin et de l'après-midi, du lundi au samedi matin inclus. Ils participent au service des samedi après-midi, dimanche et jours fériés, au service de nuit, ainsi qu'aux remplacements imposés par les congés. Ils sont tenus



par ailleurs de répondre aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors des horaires du tableau de service en cas de déclenchement de plan d'urgence.

### **1.5.2 Les Psychologues : missions cliniques, institutionnelles et FIR**

Ces trois domaines d'activités sont indissociables pour mener à bien leurs missions. Les psychologues concourent ainsi au diagnostic, à l'élaboration d'un projet de soin pour un patient et à son évaluation au fil du temps, aux prises en charge individuelles, groupales, familiales. Ils mettent ainsi en œuvre des actions préventives et thérapeutiques. D'autre part, ils maintiennent ouverte une réflexion dynamique sur la place de la psychiatrie auprès des partenaires.

Ces activités sont réalisées dans le respect du code de déontologie des psychologues (disponible sous Apta-YES) et de leur mission fondamentale : faire reconnaître et respecter la personne dans sa dimension psychique, que ce soit au niveau individuel, d'un groupe social ou familial, d'une équipe engagée dans les soins ou d'une institution.

Par ailleurs, ils sont parties prenantes de l'élaboration de nouvelles modalités de soin au sein des équipes pluridisciplinaires auxquelles ils appartiennent, qu'ils peuvent aussi coordonner, superviser ou soutenir cliniquement.

Ils participent également à la transmission de savoirs théorico-cliniques aux stagiaires de notre établissement. Ils rendent compte de leur activité annuellement à l'occasion de leur bilan individuel.

Il existe au sein du Rouvray un Collège des psychologues qui constitue un espace de partage et de réflexion pour l'ensemble des psychologues de l'établissement et de leurs stagiaires. Il se réunit mensuellement. Son Conseil est constitué des 12 membres élus par les psychologues pour deux ans. Le Collège est coordonné par 3 co-coordonateurs nommés, pour deux ans également, par les membres du Conseil.

Le Collège a déployé différentes commissions : Supervision, Accueil et Communication, Fac et stages, Projet psychologique d'établissement et propose également des groupes ressources comme le Groupe de partage et de réflexion Petite Enfance, le Groupe de réflexion sur la supervision parmi d'autres groupes-ressources déjà implantés au sein du CHR (ARIPCHR, ARTAAS...). Le Collège est représenté, d'une part dans différentes instances de l'établissement : CME, CSMIRT, CARE, Comité du Centre de documentation et d'autre part au Conseil de gestion de l'Université des Sciences de l'Homme et de la Société de Rouen.

Il organise annuellement une journée de formation ouverte à tous les agents du CHR et à leurs stagiaires.

### **1.5.3 Les fonctions des internes**

Les internes sont des praticiens en formation générale ou spécialisée. Ils remplissent leurs fonctions sous l'autorité du chef de service. Ils sont soumis au service de garde.

### **1.5.4 Les fonctions des externes**

Les externes en médecine participent à l'activité hospitalière sous la responsabilité de praticiens et sous la surveillance des chefs de clinique - assistants des hôpitaux. Ils sont soumis aux règles déontologiques et éthiques de la profession médicale au cours des fonctions hospitalières qu'ils exercent, dans le cadre de leur formation. Ils sont associés au service de garde. Ils suivent les enseignements dispensés au sein du CHR et doivent se conformer aux obligations de présence qui leur sont fixées.

### 1.5.5 La coordination des soins dispensés

L'ensemble des professionnels hospitaliers concourt à la prise en charge des patients. Ils y procèdent quelle que soit leur catégorie statutaire, en fonction de la qualification et des responsabilités qui sont les leurs, de la nature des soins qu'ils sont amenés à dispenser et d'une manière générale du devoir d'assistance aux patients et à leurs familles. L'activité des professionnels hospitaliers est organisée de façon coordonnée en tenant compte des besoins des patients, que ces besoins soient ou non exprimés explicitement.

Lorsque plusieurs professionnels collaborent à l'examen ou au traitement d'un patient, ils doivent se tenir mutuellement informés. Chacun des professionnels assume ses responsabilités propres et veille à l'information du patient.

### 1.5.6 Service de soins

Le service de soins accueille les personnes soignées en hospitalisation ou en consultation. Dans chaque service de soins, un cadre de santé assure la coordination, l'organisation et la mise en œuvre des soins. Les personnels qualifiés accomplissent les soins relationnels, techniques, ainsi que tous les soins nécessaires au confort du malade. Ils sont assistés dans cette tâche par d'autres professionnels qui participent aux soins d'hygiène et de confort de la personne soignée. Les agents de bio-nettoyage accomplissent les tâches d'entretien et d'hygiène des locaux (organigramme disponible sur la page d'accueil de l'intranet et sur le logiciel gestion documentaire Apta-YES)

## 1.6 Sécurité et hygiène

### 1.6.1 Finalités et portée des règles

Les règles de sécurité ont pour but de limiter les risques, accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que l'hôpital assure à ses usagers. De plus elles visent à assurer le calme, la tranquillité des usagers et la protection des personnes et des biens contre les risques d'origine intentionnelle.

Elles doivent être en permanence proportionnées aux besoins de l'hôpital en fonction des circonstances. Elles visent également à protéger les membres du personnel et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement.

Toute personne se trouvant au sein du CHR, quelle qu'en soit la raison, doit se conformer aux règles de sécurité, afin de préserver l'intérêt général et la sécurité de tous. Elle doit respecter les indications qui lui sont données et, le cas échéant, obéir aux injonctions des personnels habilités.

### 1.6.2 Sécurité générale

#### 1.6.2.1 Accès au CHR

Les conditions d'accès au site sont régies par le Directeur Général. Il peut prendre dans l'intérêt général les mesures restrictives qui lui paraissent nécessaires.

De même, pour des raisons de sécurité, le Directeur peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux. Lorsqu'elles concernent les tiers, les limitations ou interdictions d'accès doivent être clairement affichées, avec mention explicite des risques courus et des responsabilités éventuelles. Sauf besoins ou autorisations spéciales, il est interdit d'introduire dans les locaux de l'hôpital : alcool, armes, explosifs,

produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi. Les objets et produits dangereux ou prohibés par la loi doivent être déposés auprès de l'administration hospitalière. Les objets et produits prohibés par la loi ainsi déposés sont remis aux autorités de police, contre récépissé. Les animaux doivent être tenus en laisse dans l'enceinte du parc.

### 1.6.2.2 Calme au sein de l'hôpital

Tout accompagnant ou visiteur qui crée un trouble au sein du site hospitalier est invité à mettre un terme à ce trouble. S'il persiste, il lui est enjoint de quitter l'hôpital. Si nécessaire, il peut être accompagné à la sortie du site par le service de sécurité du Rouvray, avec en cas de besoin appel aux autorités de police.

### 1.6.2.3 Personnel de sécurité général

Tous les membres du personnel assurant la sécurité générale exercent leurs fonctions sous l'autorité du Directeur, dans le strict respect de la loi et des textes pris pour son application.

Ses possibilités d'intervention sur les personnes sont limitées aux cas prévus par le Code Pénal et par le Code de Procédure Pénale :

- obligation d'assistance aux personnes en péril ;
- légitime défense ou état de nécessité ;
- crime ou délit flagrant.

Les membres du personnel de sécurité générale ne peuvent intervenir dans les services de soins qu'à la demande d'un directeur ou des personnes responsables de ces services. Ils peuvent retenir aux sorties du site hospitalier, durant le temps nécessaire, toute personne en situation de flagrant délit afin de la remettre aux autorités de police. Ils peuvent également retenir tout patient désorienté ou susceptible visiblement de courir un danger à l'extérieur du site, en attendant sa prise en charge par un service de soins.

En dehors de l'hypothèse des « circonstances exceptionnelles », ils ne peuvent, sans l'accord de l'intéressé, procéder à aucune fouille tactile, ni à l'inspection du contenu d'un véhicule personnel. Ils ne peuvent non plus effectuer une vérification d'identité, ni être porteurs d'aucune arme, même défensive.

### 1.6.2.4 Règles de responsabilité

Les faits de délinquance et de violence perpétrés dans l'enceinte de l'hôpital engagent totalement la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non. Le CHR assure en cas de menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages, la protection des agents qui en sont victimes à l'occasion de leurs fonctions et, le cas échéant, la réparation du préjudice qui en résulte. Les victimes des dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel ; le Directeur porte plainte pour les dommages subis par l'hôpital. Dans l'hypothèse où un agent agressé estimerait ne pas pouvoir porter plainte, le Directeur en application du code de Procédure Pénale peut porter les faits à la connaissance du Procureur de la République dans la mesure où ces faits paraissent constituer un délit (ou a fortiori un crime).

### 1.6.2.5 Rapports avec l'autorité judiciaire

Le Directeur informe sans délai le Procureur de la République des crimes et délits qui sont portés à sa connaissance. Il avise l'officier de police judiciaire territorialement compétent en cas de mort violente ou suspecte

### 1.6.2.6 Rapports avec les autorités de police

Seul le Directeur a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de police. Il lui revient de décider s'il y a lieu de demander au sein du site une intervention de police, sauf situation d'urgence absolue. L'autorité de police apprécie si cette intervention est possible ou nécessaire. En cas d'enquête de police judiciaire, le Directeur est systématiquement informé des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient. Il veille à ce que soient pris en considération, dans les meilleures conditions possibles, les impératifs et les garanties tirés de l'application de la loi pénale, du secret professionnel, des dispositions relatives aux droits des malades et d'une manière générale des droits du citoyen.

### 1.6.2.7 Circonstances exceptionnelles

En cas de circonstances exceptionnelles, le Directeur prend toutes les mesures justifiées par la nature des événements et proportionnées à la gravité de la situation. Il en informe notamment le CHSCT et le Président de CME.

En cas de péril grave et imminent pour le site, pour son personnel ou pour un ou plusieurs de ses usagers, le Directeur peut, sans consentement des intéressés, faire procéder en urgence à l'inspection de certains locaux et à l'examen de certains mobiliers ou véhicules. Il peut aussi décider d'un périmètre de sécurité, d'une évacuation et d'une réduction ou d'un arrêt des activités dans un service.

En situation sanitaire exceptionnelle ou toute autre situation de crise le Directeur prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission du service public hospitalier, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

## 1.6.3 Sécurité de fonctionnement

### 1.6.3.1 Gestion des risques

Le Directeur Général et ses adjoints prennent les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des malades et des autres personnes fréquentant chaque site. A cet effet, sur la base d'une évaluation des risques, ils définissent et mettent en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des instances concernées. Ils informent régulièrement ces instances de l'application des plans d'action et de prévention. Ils organisent la mise en œuvre de cette politique de façon à ce qu'elle soit accompagnée des autorisations nécessaires et qu'elle soit régulièrement soumise aux vérifications et contrôles obligatoires. Ils prévoient un programme visant à former les personnels aux mesures de prévention qui nécessitent leur participation et à informer les usagers ou les tiers des mesures qu'ils ont à connaître, dans leur intérêt.

### 1.6.3.2 Personnel technique et continuité de service

Suivant les instructions du Directeur Général, et dans les domaines relevant de leurs compétences réciproques, les Directions concernées organisent la continuité du service sur le plan technique afin que l'institution puisse faire face en permanence aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour assurer la sécurité du fonctionnement. Elles désignent respectivement les agents qui assurent ces interventions.

### 1.6.3.3 Sécurité incendie

L'ensemble du site est assujéti au règlement de sécurité contre l'incendie relatif aux Etablissements Recevant du Public.

Tout le personnel est tenu de suivre périodiquement les formations obligatoires relatives à la sécurité incendie. Il doit être mis en garde contre les dangers que présente un incendie dans un hôpital, être formé à l'exécution de consignes très précises en vue de limiter l'action du feu et d'assurer le transfert horizontal ou l'évacuation et doit être entraîné à la manœuvre des moyens d'extinction.

Tout aménagement intérieur (modification de local, portes, revêtements, décoration et gros mobilier, etc...) doit faire l'objet d'une demande préalable auprès de la Direction des Ressources Matérielles et doit être validé par le service de sécurité incendie.

Tout stationnement est interdit sur les voies destinées aux véhicules des sapeurs-pompiers, au droit des poteaux d'incendie et des sorties de secours.

Les consignes de protection contre l'incendie doivent être respectées scrupuleusement, à savoir :

- la conduite à tenir en cas d'incendie ;
- les modalités d'évacuation et notamment le transfert horizontal dans les services d'hospitalisation ;
- les conditions de stockage et de manipulation des produits dangereux et de liquides inflammables ;
- la vacuité permanente des itinéraires d'évacuation, des dégagements et des portes issues de secours.
- l'accessibilité aux moyens de secours et d'extinction ;
- l'accessibilité aux dispositifs de commande des installations techniques ;
- l'usage d'appareils de cuisson ou de réchauffage est prohibé dans les locaux non appropriés.

#### **1.6.3.4 Interdiction de fumer**

Il est interdit de fumer et de vapoter (usage de la cigarette électronique) à l'intérieur des locaux du CHR. La création ou l'aménagement d'emplacements mis à disposition des fumeurs au sein du Rouvray sont strictement interdits. Il est interdit de fumer dans les chambres, celles-ci étant assimilables à des lieux affectés à un usage collectif. Une signalisation apparente à l'entrée et dans les locaux rappelle cette interdiction.

Afin de faire respecter et accepter cette interdiction de fumer, il appartient aux équipes médicales et soignantes d'accompagner les patients en leur proposant des formules de sevrage et de substitution au tabac.

### **1.6.4 Circulation et stationnement au sein du parc**

#### **1.6.4.1 Nature de la voirie hospitalière**

Les voies de circulation des sites hospitaliers appartiennent au domaine public du CH du Rouvray. Elles sont des voies "manifestement ouvertes à la circulation du public" au terme de la jurisprudence de la Cour de Cassation et, à ce titre, accessibles à tout usager.

#### **1.6.4.2 Règles applicables**

Conformément aux dispositions législatives, réglementaires et jurisprudentielles, le CH du Rouvray arrêtera des modalités quotidiennes, hebdomadaires ou mensuelles de régulation des accès aux sites hospitaliers.

Le Code de la Route est applicable sur tous les sites hospitaliers. La signalisation est adaptée au Code de la Route, en particulier à celle concernant l'interdiction de s'arrêter, l'interdiction de stationner, l'information d'enlèvement de véhicule en cas d'infraction. La police nationale et la police municipale sont chargées de faire respecter le Code de Route notamment en matière d'accès des véhicules d'incendie et de secours.

Ces classements sont périodiquement actualisés après avis des Commissions de Sécurité Incendie.

Le CH du Rouvray se réserve le droit d'interdire temporairement ou définitivement l'accès à son site aux personnes qui ne respecteraient pas les dispositions prévues aux alinéas précédents, entraveraient gravement la circulation, mettraient en péril la sécurité des personnes et des biens, ou d'une manière générale, compromettraient le bon fonctionnement du service public hospitalier.

Le CH du Rouvray se réserve le droit de demander, aux frais du propriétaire, l'enlèvement de tout véhicule dont le stationnement, même régulier, serait sans lien avec le service public hospitalier. L'Etablissement en avisera le propriétaire autant que possible par tout moyen approprié.

L'accessibilité de tout usager aux sites hospitaliers dans le respect des dispositions des alinéas précédents n'ouvre en aucune manière droit à stationnement. Cette accessibilité n'engage en rien la responsabilité du CH du Rouvray en matière d'accident de la circulation, de vol ou de dégradation de véhicule.

Le CH du Rouvray arrête des zones de stationnement réservées à certaines catégories de personnels appréciées par le Directeur Général. Des places sont également réservées aux personnes handicapées.

L'ensemble des voies de circulation est classé en "zone de rencontre" où le piéton est toujours prioritaire.

En cas de déclenchement d'un plan d'alerte ou d'urgence, la Direction Générale assure l'organisation des accès en liaison avec l'ensemble des partenaires concernés par la mise en œuvre de ces plans.

### **1.6.5 Intervention des personnels en cas d'urgence ou d'accident survenant à proximité immédiate de l'hôpital**

En cas d'urgence vitale ou d'accident signalé à proximité immédiate du CHR, les personnels, quel que soit leur grade ou leur fonction, sont tenus de porter secours aux patients ou aux blessés en péril sur la voie en mettant en œuvre les mesures adéquates.

## **1.7 Amélioration de la qualité**

Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, les établissements de santé définissent et mettent en œuvre une politique adéquate, évaluent leur activité et font l'objet, périodiquement d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification.

### **1.7.1 Mise en œuvre de la politique qualité**

Elle est un élément essentiel du projet d'établissement. La recherche de la qualité est globale et concerne tous les secteurs d'activité. Cette culture est partagée par toutes les catégories de professionnels et sa mise en œuvre constitue un élément de leur évaluation

professionnelle. L'amélioration de la qualité est le résultat de démarches internes conduites par les professionnels. Elle repose sur l'existence d'un système reconnu de gestion de la qualité. Elle est obtenue grâce à l'amélioration systématique des processus de travail, la réduction des dysfonctionnements et l'engagement des personnes. La Direction des Usagers, de la Qualité et des Affaires Juridiques, en lien étroit avec la CME et la Direction des Soins, recense les différentes démarches d'amélioration menées dans l'ensemble des services de l'institution. Elle impulse les nouvelles démarches rendues obligatoires réglementairement ou nécessaires. Elle sélectionne des thèmes prioritaires déterminés par les plans d'actions d'amélioration de la qualité résultant des auto-évaluation, visites de certification, des résultats de l'écoute client développée au sein de l'établissement, et des avis et propositions émis par la Commission des Usagers, suit l'avancée des actions et les fédère. Les décisions concernant la politique qualité sont prises par le Directeur Général après avis de la CME et concertation en Directoire.

### **1.7.2 La gestion des risques : signalement des événements indésirables et charte de confiance<sup>3</sup>**

Un événement indésirable grave se définit comme tout événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale.

Les professionnels du Rouvray satisfont à cette obligation lorsqu'ils transmettent, selon le circuit institutionnel, une feuille de déclaration d'événement indésirable accessible depuis l'intranet via le logiciel Apta-YES. Par ailleurs, les professionnels doivent directement prévenir le responsable du service ou le directeur de garde de la survenue d'un événement indésirable grave tel que défini ci-dessus. Le Directeur Général assure la déclaration obligatoire des événements indésirables graves auprès du Directeur Général de l'ARS.

Plus largement, afin de poursuivre le développement de la culture sécurité au sein du CH du Rouvray une charte de confiance relative au signalement des événements indésirables a été signée par le Directeur Général et le Président de la CME. Cette charte a pour objectif d'inciter les professionnels à signaler l'ensemble des événements indésirables. Elle instaure une clause d'anonymisation du déclarant et de « non punitivité » qui prévoit que l'agent qui aura spontanément et sans délai signalé un événement dans lequel il est impliqué ne fera l'objet d'aucune mesure disciplinaire. Ainsi, l'incident, s'il est isolé et non intentionnel, ne défavorisera pas l'évaluation annuelle de l'agent.

### **1.7.3 Organisation de la démarche certification par la HAS**

La procédure de certification constitue un temps fort de la démarche permanente de recherche de la qualité, avec comme objectif principal une meilleure prise en charge du patient. Cette procédure donne lieu à la visite d'experts de la Haute Autorité de Santé (HAS), instance consultative à caractère scientifique et indépendante. Elle s'inscrit dans un double courant international qui prône d'une part : une démarche professionnelle de promotion de l'amélioration continue de la qualité fondée sur un référentiel de métier et sur une évaluation externe par les pairs et, d'autre part, une démarche d'appréciation du niveau de qualité atteint dans un contexte de renforcement de l'obligation de rendre compte au public de la qualité des services rendus. S'appuyant entre autres sur l'évaluation des pratiques professionnelles, la procédure de certification des établissements de santé concerne l'ensemble de leur

---

<sup>3</sup> Charte de soutien à la déclaration des événements indésirables en annexe 3

fonctionnement et prend en compte les mesures prises pour assurer le respect des droits des malades et les résultats obtenus à cet égard. Le déroulement de cette procédure s'appuie en interne sur une organisation institutionnelle, reposant sur des équipes pluridisciplinaires qui se coordonnent de façon transversale et sur un groupe de pilotage et de suivi.

#### **1.7.4 Gestion des plaintes et des réclamations**

Tout usager d'un établissement de santé doit être mis à même d'exprimer oralement ses griefs auprès du responsable de service ou du cadre de santé de l'unité concernée. En cas d'impossibilité ou si les explications reçues ne le satisfont pas, il est informé de la faculté qu'il a soit d'adresser lui-même une plainte ou réclamation écrite au représentant légal de l'établissement, soit de voir sa plainte ou réclamation consignée par écrit, aux mêmes fins

Le Directeur du CHR répond dans les meilleurs délais, en avisant soit le plaignant de la possibilité qui lui est offerte de saisir un médiateur (médecin ou non médecin), soit il informe l'intéressé qu'il procède à cette saisine. Le représentant légal de l'établissement informe l'auteur de la plainte ou de la réclamation qu'il peut se faire accompagner, pour la rencontre avec le médiateur prévue à l'article R. 1112-93, d'un représentant des usagers membre de la commission des usagers.

Le médiateur saisi rencontre l'usager dans les huit jours suivant la saisine et adresse le compte-rendu de cette rencontre dans les huit jours suivants au Président de la CDU ; ce dernier transmet sans délai ce compte-rendu aux membres de la commission et au plaignant. La Commission formule des recommandations pour régler le litige ou émet un avis de classement - Dans les huit jours suivant la séance, le Directeur répond au plaignant en y joignant l'avis de la Commission.

Si le patient ou ses ayants droits estiment dommageable à leur égard la prise en charge par l'hôpital, ils peuvent saisir d'une demande d'indemnisation soit le Directeur, soit la Commission de Conciliation et d'Indemnisation, soit directement la juridiction compétente. Le Directeur, saisi d'une réclamation ou plainte, est tenu en toute hypothèse de faire connaître les voies de recours ouvertes. La saisine de la CDU ne constitue pas un préalable obligatoire à une démarche auprès de la Commission de Conciliation et d'Indemnisation ou à une requête devant les Tribunaux.

## **2. Accueil, consultations et hospitalisation**

### **2.1 Principe régissant l'accès aux soins**

#### **2.1.1 Droit à la prévention et aux soins**

Toute personne dispose d'un droit fondamental à la protection de sa santé, au traitement de la douleur ainsi qu'à des soins palliatifs et un accompagnement en fin de vie, sans aucune discrimination. Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions requises, le droit de recevoir sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. Ces actes ne



doivent pas aussi être réalisés par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris par le médecin dans les conditions réglementairement prévues, qui sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins palliatifs.

### **2.1.2 Libre choix du patient**

Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire. Malgré les règles de fonctionnement de l'hôpital, notamment la sectorisation, le patient a le libre choix du praticien et du service de prise en charge lorsque l'organisation des soins le permet. Il ne permet pas en outre au malade de s'opposer à ce qu'un professionnel de santé procède à un acte pour des motifs tirés de la religion, connue ou supposée de ce dernier. Ce droit s'exerce, dans les limites imposées par les situations d'urgence et par les disponibilités en lits de l'hôpital. L'exercice de ce droit peut avoir des conséquences sur les conditions de la prise en charge financière par la Sécurité Sociale.

## **2.2 L'accueil et l'admission des patients**

### **2.2.1 Les dispositions générales**

L'établissement a pour mission d'accueillir, en consultation comme en hospitalisation, tous les patients dont l'état exige des soins hospitaliers, sans discrimination.

Il donne aux patients et à leurs accompagnants, si nécessaire avec l'aide du service social, tous les renseignements utiles leur permettant de faire valoir leurs droits. Le recours à un interprète peut être organisé pour les patients étrangers ou souffrants de certains handicaps.

La vérification de l'identité des patients accueillis est indispensable tout au long de la prise en charge afin d'assurer la sécurité des soins et prévenir la survenue d'événements indésirables ainsi l'usage des bracelets d'identification pour l'ensemble des patients hospitalisés au sein du CH du Rouvray est obligatoire.

Le patient est invité lors de son admission à désigner une personne à prévenir et une personne de confiance.

### **2.2.2 Les formalités administratives**

L'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du malade et aux conditions de prise en charge de son hospitalisation. A cet effet, le malade ou, le cas échéant, son représentant doit présenter au Bureau des entrées sa carte Vitale, une pièce d'identité (comportant une photographie) et le cas échéant un document attestant la prise en charge du ticket modérateur par un organisme tiers payant. Il peut lui être demandé de justifier son adresse par tout document.

Les bénéficiaires des différents régimes de sécurité sociale doivent, lors de leur admission, fournir tous documents nécessaires à l'obtention par l'établissement de la prise en charge des frais d'hospitalisation par l'organisme de sécurité sociale dont ils relèvent. Si le patient ne peut pas présenter sa carte Vitale ou un document attestant de l'ouverture de ses droits, une demande de prise en charge est adressée à l'organisme d'assurance maladie dont il relève. S'il n'est pas assuré social, le dossier du patient à l'hospitalisation est pris en charge par l'assistante sociale de l'UNACOR.

Les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat (AME) sont munis d'une carte Vitale et/ou d'une attestation papier avec photographie d'ouverture de droit à l'Aide Médicale Etat et en cours de validité ou, à défaut, de tous documents nécessaires à la prise en charge de tout ou partie de leurs frais d'hospitalisation.

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

### 2.2.3 Dépôt et restitution de bien et de valeurs

Lors de son admission, l'hospitalisé est invité à effectuer si possible auprès de ses proches ou auprès de l'administration de l'établissement le dépôt des sommes d'argent et des objets de valeur qui sont en sa possession (ne sont autorisés que les espèces, CB, chéquiers, bijoux de valeur ou autres modes de paiement). Les papiers d'identités (CNI, permis, carte vitale, etc...), portefeuilles, clés de voitures ne sont pas autorisés dans le dépôt. Le patient devra garder avec lui ses effets personnels ou les remettre à ses proches.

Les dépôts volontaires d'argent, de bijoux et/ou d'objets de valeur des hospitalisés sont remis, après inventaire effectué dans le service de soins par le personnel soignant, à un régisseur de dépôt de l'établissement. Au-delà d'un mois de garde, ces dépôts sont transmis à la Trésorerie Principale.

En cas de décès, les dépôts sont transmis le jour même ou le lendemain au plus tard à la Trésorerie Principale. Elle devient alors le seul interlocuteur.

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

La responsabilité de l'établissement n'est pas non plus engagée lorsque la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose, ni lorsque le dommage a été rendu nécessaire pour l'exécution d'un acte médical ou d'un acte de soins.

Les sommes d'argent ou objets de valeur sont restitués au malade soit par le Régisseur de l'établissement, soit par la Trésorerie Principale, sur présentation du reçu délivré lors du dépôt et d'une pièce d'identité.

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

### 2.2.4 Information aux familles, personne à prévenir et secret de l'admission

Dès l'admission, le service de soins propose au patient de désigner une personne à prévenir en tant que de besoin.

Toutes mesures utiles doivent être prises pour que la famille des malades hospitalisés soit prévenue par le cadre soignant ou l'infirmier(e) responsable du malade, dans le respect de la discrétion demandée éventuellement par le malade.

Le malade, y compris un mineur se déclarant opposé à la consultation de ses père et mère ou représentant légal et confirmant cette opposition, peut demander le bénéfice du secret de l'hospitalisation. Dans ce cas, le dossier d'admission est constitué normalement, avec une mention relative à l'admission sous secret qui doit être signalée aux services concernés (service d'hospitalisation, accueil, standard...) de façon à ce qu'aucune indication ne soit donnée sur la présence de l'intéressé au sein du site. Cette disposition ne fait toutefois pas obstacle à l'obligation de signalement dans les cas prévus par la réglementation.

Trois cas peuvent justifier du secret de l'admission concernant un mineur. L'admission du mineur peut être prononcée sans l'accord des titulaires de l'autorité parentale que :

- s'il est émancipé et qu'il possède la capacité d'exercice de ses droits,
- lorsque ses liens familiaux sont rompus et qu'il bénéficie à ce titre de la CMU à titre personnel,
- lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé du mineur et lorsque celui-ci s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale et souhaite garder le secret sur son état de santé.

Dans certains cas prévus par la loi, le mineur peut revendiquer un droit particulier au secret. Il consentira seul aux soins et les titulaires de l'autorité parentale ne seront pas avertis. Le mineur est alors accompagné de la personne majeure de son choix.

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

#### **Nota Bene :**

L'anonymat est l'état d'une personne, qui refuse de donner son identité.

La confidentialité correspond au caractère privé et secret d'une information.

La législation ne prévoit que deux situations d'anonymat dans le cadre de l'hospitalisation :

- Accouchement sous le secret (Article R 1112-28 du CSP ; Article L 222-6 du Code de l'action sociale et des familles).
- Toxicomanes en cas d'admission volontaire (Articles L 3414-1, R 1112-38 du CSP).

Il n'est donc pas prévu juridiquement de pouvoir prononcer une hospitalisation sous couvert d'anonymat dans d'autres situations. Cependant, les hospitalisés peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé dans cette situation une alerte figure dans le Dossier Patient Informatisé (DPI) du patient ainsi que dans le logiciel administratif de gestion des malades, à l'exception toutefois des mineurs soumis à l'autorité parentale et sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5.

Le patient peut également demander à ne recevoir aucune visite ou à retrouver les personnes qu'il autorise à lui rendre visite.

### **2.2.5 Désignation de la personne de confiance**

Lors de l'admission, il est proposé à chaque malade majeur de désigner par écrit une « personne de confiance ». Cette désignation est co-signée par la personne désignée. Elle est facultative et figure au dossier médical. Cette personne – qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant – a vocation à être consultée si le malade devenait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cet effet. Si ce dernier le souhaite, elle peut aussi l'accompagner dans ses démarches, assister aux entretiens médicaux et l'aider dans ses décisions. Son rôle est renforcé pour les malades en fin de vie: lorsque le malade dans cette situation est hors d'état d'exprimer sa volonté et sauf urgence ou impossibilité, l'avis de la « personne de confiance » qu'il a désignée prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées, dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin. La personne de confiance ne dispose pas d'un droit d'accès au dossier médical du patient.

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

### **2.2.6 Le livret d'accueil**

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

## **2.3 Les modalités d'admission**

### **2.3.1 Consultations d'urgence**

Une unité d'accueil et d'orientation, UNACOR, est située à l'entrée principale du Centre Hospitalier du Rouvray. Cette unité est ouverte 24h sur 24, 7 jours sur 7. L'accueil se fait sans rendez-vous.

L'équipe prend en charge les patients en situation d'urgence psychiatrique pouvant être hospitalisés, sans risque somatique. Après évaluation par un psychiatre ou un interne, le patient pourra être orienté vers une prise en charge ambulatoire (CASP ou CMP) ou hospitalisé dans une unité après décision médicale.

### **2.3.2 L'admission programmée**

Dans certains cas l'admission d'un patient peut être programmée en accord avec l'équipe médicale et le patient. Le malade est invité à se rendre dans l'unité d'accueil sans passer par le service UNACOR. Sa prise en charge se fait directement par le secteur qui le suit.

Dans d'autres cas, notamment dans les unités de recours, les admissions sont programmées selon les places disponibles dans les unités. Dans ce cas, une convocation est remise ou adressée au malade par le secrétariat de l'unité, après avis du chef de service.

### **2.3.3 L'admission par transfert**

Un patient peut être admis par transfert sur demande d'un autre établissement dès lors qu'il est sectorisé géographiquement sur la zone d'intervention du Centre Hospitalier du Rouvray.

Pour ce faire, il est nécessaire de disposer de l'accord médical d'un praticien hospitalier du CHR et de l'accord administratif du Directeur ou de son représentant pour les patients en soins sans consentement. Faute de détenir ces documents, aucun transfert ne pourra être réalisé.

Les transports inter-établissements sont pris en charge par l'établissement à l'origine de la prescription de transport et sont inclus dans les tarifs et dotations hospitalières.

Il est cependant impératif que le patient transféré ait le statut d'hospitalisé au moment du transfert.

### 2.3.4 L'admission en hôpital de jour

L'admission en HJ est décidée en accord avec le psychiatre et le patient, elle s'effectue tant sur le pôle enfant et adolescents que sur les pôles adultes et n'est pas toujours conditionnée par une prise en charge à temps complet.

## 2.4 Les modes d'hospitalisation

La loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 modifiée par la loi 2013-869 du 27 septembre 2013, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge définit les conditions d'admission et de séjour des personnes admises en soins sous contrainte.

L'admission en soins psychiatriques se décline sous 3 modalités:

- Les soins psychiatriques libres ;
- Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ;
- Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

### 2.4.1 Les soins libres

#### 2.4.1.1 Le consentement aux soins

Les soins psychiatriques libres restent le mode de prise en charge principal. Dans ce cadre, le patient est consentant aux soins

Le patient prend, avec le médecin, et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. La liberté de consentir à des soins est un droit reconnu à chaque personne. Toute personne étant présumée apte à consentir à ses soins, c'est elle seule qui peut donner un consentement libre et éclairé aux soins. Ce principe s'applique différemment dans le cas d'une personne majeure, et dans le cas d'une personne mineure. Le consentement du majeur sous tutelle est recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

Toutefois, dans le cas d'une personne jugée inapte à consentir à ses soins, le personnel soignant et médical doit obtenir ce consentement d'une autre personne autorisée par la loi à le donner en son nom (représentant légal ou juge des tutelles). Cette dernière est tenue d'agir dans le seul intérêt du patient qu'elle représente, en tenant compte, dans la mesure du possible, des volontés de celui-ci.

Lorsque le patient refuse les soins proposés (hors cas de soins sous contrainte), le médecin respecte sa volonté après l'avoir informé des conséquences de ses choix. S'il apparaît que le refus compromet la prise en charge ou l'efficacité du traitement, après information du patient, la sortie pourra être prononcée par le directeur, sur avis médical. Dans ce cas, l'équipe soignante transmettra au patient un document à signer faisant expressément état des risques inhérents à sa décision.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne sera pratiqué sans le consentement libre et éclairé du patient et ce consentement pourra être retiré à tout moment. Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne sera réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance si elle est désignée ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

#### 2.4.1.2 Les formalités de l'admission

Avant toute admission en soins psychiatriques libres, le Directeur s'assure que la personne malade (ou son représentant légal) a donné son accord pour recevoir les soins requis par son état. Il sera alors demandé au patient de remplir et signer un formulaire de demande d'admission.

Le Bureau des entrées s'occupe d'effectuer l'entrée administrative du patient. Si le patient fait l'objet d'une mesure de protection judiciaire (curatelle, tutelle), une copie de l'ordonnance du juge des tutelles devra être remise au bureau des entrées.

Le service de soins remet au patient le livret d'accueil et le questionnaire de satisfaction lors de son admission.

## 2.4.2 Les soins sans consentement

Une personne adulte ne peut être hospitalisée sans son consentement que dans les deux cas prévus par la loi : les soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent et les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État.

Dans le cas de soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, il appartient au Directeur de prendre les décisions prononçant l'admission ou le maintien de la mesure de soins sous contrainte.

Toutefois, les soins psychiatriques sur décision du maire ou du Préfet font l'objet respectivement d'un arrêté d'admission municipal ou préfectoral. Le maintien des soins sera subordonné à un arrêté Préfectoral.

### 2.4.2.1 Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent

Deux conditions cumulatives doivent être au préalable remplies : le patient compte tenu de ses troubles doit être dans l'impossibilité de donner son consentement et son état rend indispensable des soins immédiats assortis d'une surveillance en hospitalisation complète ou sous la forme d'un programme de soins.

Une demande d'admission doit être présentée soit par un membre de la famille du malade, soit par une personne en mesure de justifier de l'existence de relations antérieures à la demande, lui donnant qualité à agir dans l'intérêt du patient à l'exclusion des personnels soignants exerçant au CH du Rouvray.

Cette demande doit être manuscrite, datée et signée par la personne qui la formule. Si cette dernière ne sait pas écrire, la demande sera reçue par le directeur qui en donnera acte.

La demande comporte les noms, prénoms, date, lieu de naissance et adresses complètes, tant de la personne qui demande les soins que de celle du futur patient. Devront également y être indiqués la nature des relations existantes entre le demandeur et la personne malade ainsi que, s'il y a lieu, leur degré de parenté.

En cas d'admission en péril imminent, la demande de tiers n'est pas requise. Toutefois, l'établissement recherchera de manière active, dans un délai de 24h, un membre de la famille du patient afin de l'informer de la mise en place de la mesure de soins sans consentement.

L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent se décline en trois modalités :

➤ L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers dit « classique » :

La demande d'admission est accompagnée de deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de quinze jours rédigés par deux médecins différents inscrits au Conseil de l'Ordre des médecins (non obligatoirement psychiatres).

Le premier certificat médical circonstancié est établi par un médecin n'exerçant pas au CH du Rouvray ; il constatera l'état mental de la personne nécessitant des soins, indiquera les particularités de sa maladie et la nécessité de l'admission en soins psychiatriques sans son consentement.

Le deuxième certificat circonstancié médical conforme au premier est établi par un médecin qui peut être attaché au CH du Rouvray.

Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclus, ni entre eux, ni du directeur, ni du tiers demandeur, ni du patient.

➤ L'admission en soins psychiatriques en cas d'urgence (nécessité d'un tiers) :

Lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur peut, à titre exceptionnel, prononcer à la demande d'un tiers l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement.

Dans ce cas, les certificats médicaux de 24h et 72h sont établis par deux psychiatres distincts.

➤ L'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers :

La loi prévoit ces deux procédures d'admission lorsque la vie de la personne est en danger ou que son intégrité est menacée et qu'il s'avère indispensable de prodiguer des soins immédiats.

L'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers : Cette procédure permet l'admission dans le seul cas de péril imminent d'une personne en l'absence de tiers déclarés formalisant une demande. Le péril imminent fait référence à la notion d'immédiateté du danger pour la santé de la personne ou sa vie en cas de refus de soins.

L'admission dans ce cadre est prononcée par le directeur au vu d'un seul certificat médical établi par un médecin extérieur à l'établissement. La famille du patient, sauf impossibilité liée à des recherches infructueuses, sera informée dans les 24h. Cette démarche se fera dans le respect du secret médical.

Dans ce cas, les certificats médicaux de 24h et 72h seront établis par deux psychiatres distincts.

#### 2.4.2.2 Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État

Cette modalité d'admission est une mesure permettant sur arrêté provisoire du maire ou du préfet, qu'une personne, malgré son refus ou son opposition, soit admise en soins psychiatriques si ses troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

Le préfet, par arrêté, prononce l'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat au vu d'un certificat médical circonstancié établi par un psychiatre n'exerçant pas au CH du Rouvray.

La situation de danger imminent/ l'arrêté municipal : En cas d'urgence et de danger imminent pour la sûreté des personnes, c'est le maire qui, au vu d'un certificat médical, établi par un médecin extérieur à l'établissement, ou d'un avis médical pouvant être rédigé par un psychiatre de l'établissement prend les mesures provisoires nécessaires, à charge pour lui d'en informer dans les 24h le préfet. Ce dernier signe, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques. Faute de décision préfectorale, la mesure provisoire prise par le maire devient caduque au terme d'une durée de 48h.

La possibilité de transformation de la mesure de soins : Un patient en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent peut faire l'objet d'une mesure de soins psychiatriques sur décision du Préfet lorsque les troubles, dont il souffre, compromettent la

sûreté des personnes (patients, personnels, visiteurs...). Dans ce cas d'espèce, le certificat médical de transformation des soins sur décision du Directeur au profit du représentant de l'état pourra être établi par un psychiatre de l'établissement.

De la même façon, si les conditions ayant justifiées une mesure de soins psychiatriques sur décision du préfet ne sont plus réunies, le patient peut voir cette mesure levée au bénéfice de soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, voire, de soins psychiatriques libres.

Les soins psychiatriques faisant suite à une décision de déclaration d'irresponsabilité pénale: une personne ayant commis des faits d'une particulière gravité peut être admise en soins psychiatriques sur décision du préfet si les autorités judiciaires estiment que son état mental nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

#### 2.4.2.3 Les modalités de suivi des patients en soins sous contrainte

Période d'observation :

Le patient admis en soins psychiatriques sous contrainte peut faire l'objet d'une période d'observation et de soins initiale sous la forme d'une hospitalisation complète, qui peut atteindre 72h.

Dans les 24h suivant son admission, un médecin réalisera un examen somatique complet et/ou un psychiatre établira un certificat médical constatant son état mental et confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des conditions d'admission.

En cas de non confirmation des soins dans le certificat de 24h la mesure de soins du patient est levée. Ce dernier peut quitter l'établissement sans avoir à attendre la fin de la période d'observation de 72h.

Dans les 72h suivant l'admission, un nouveau certificat médical sera établi. Dans le cas d'une confirmation de la nécessité de maintenir les soins, le psychiatre proposera, dans ce certificat de 72h, la forme de prise en charge adaptée : hospitalisation complète ou programme de soins.

Concernant les patients admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, lorsque la durée des soins excède une période continue d'un an à compter de l'admission, un collègue de professionnel effectuera une évaluation approfondie de leur état mental.

#### 2.4.2.4 Le contrôle de plein droit du juge des libertés et de la détention (JLD) en cas de prolongation de l'hospitalisation complète

Ce contrôle se cumule avec le recours facultatif dont bénéficie le patient au titre de l'article L3211-12 du code de la santé publique. L'hospitalisation (suite à une admission ou à une réintégration en hospitalisation complète) ne peut se poursuivre au-delà d'un délai de 12 jours sans une intervention de plein droit du juge des libertés et de la détention. Par ailleurs, ce contrôle est renouvelé tous les 6 mois à compter de la décision judiciaire si le patient est maintenu en hospitalisation complète. La décision du juge des libertés sera fondée sur l'avis motivé d'un psychiatre ou le cas échéant l'avis collégial (associant le psychiatre traitant du patient, un psychiatre de l'établissement et un membre de l'équipe pluridisciplinaire) lorsque le patient est admis sur décision judiciaire pour des faits graves.



A cet avis pourront s'ajouter des expertises médicales complémentaires si le juge des libertés en considération de l'avis du médecin psychiatre ou du collège de professionnels mandate une expertise dans les délais légaux. Dans tous les cas, les expertises devront être communiquées au juge dans un délai de 14 jours à compter de l'ordonnance de désignation des experts.

L'hospitalisation complète du patient est alors maintenue jusqu'à la décision du juge, sauf s'il y est mis fin conformément aux conditions de sortie spécifiques à chacune des mesures de soins sous contrainte.

Le juge des libertés peut maintenir l'hospitalisation complète ou en ordonner la mainlevée. Dans ce dernier cas, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet dans un délai maximal de 24 heures afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi. Dès l'établissement de ce programme ou à l'issue du délai mentionné à la phrase précédente, la mesure d'hospitalisation complète prendra fin. Toutefois, lorsque le patient est admis sur décision judiciaire pour des faits graves, le juge ne peut décider la mainlevée de la mesure qu'après avoir recueilli deux expertises psychiatriques concordantes.

L'ordonnance du Juge des libertés peut faire l'objet d'un appel devant le premier président de la Cour d'appel ou son délégué. Si le juge ne statue pas dans les délais requis, la mainlevée de l'hospitalisation complète sera acquise sauf circonstances exceptionnelles.

Les audiences du JLD sont publiques. Toutefois le juge peut décider que les débats auront lieu à huis clos s'il doit résulter de leur publicité une atteinte à l'intimité de la vie privée, ou si toutes les parties le demandent, ou s'il survient des désordres de nature à troubler la sérénité de la justice. Les audiences ont lieu au sein de l'établissement, dans une salle spécialement aménagée. Lors de l'audience, le patient est entendu. Il est assisté d'un avocat de son choix ou, à défaut, commis d'office. Si un avis médical atteste que, en raison de ses troubles, l'audition du patient est de nature à porter préjudice à son état de santé, il sera représenté par un avocat.

#### **2.4.2.5 Les droits des patients hospitalisés sans leur consentement**

Le patient dispose de la possibilité d'exercer un recours auprès du juge des libertés et de la détention aux fins d'obtenir la mainlevée de la mesure de soins sous contrainte qu'elle qu'en soit la forme de sa prise en charge (hospitalisation complète ou programme de soins). En outre, il doit recevoir les informations relatives à sa situation juridique, ses droits et voies de recours qui lui sont ouvertes.

Par ailleurs, il doit être le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, informé de la décision d'admission et de chacun des projets de décision visant le maintien de ses soins ou définissant la forme de sa prise en charge afin qu'il puisse émettre ses observations dont il conviendra de tenir compte dans la mesure du possible.

La décision d'admission prononcée par le directeur ou l'arrêté préfectoral sont notifiés au patient dans les 24h suivant son admission.

En tout état de cause, le patient dispose du droit :

- De communiquer avec les autorités ci-dessous mentionnées :
  - o le Préfet
  - o le président du tribunal de grande instance de Rouen ;

- le juge des libertés ;
- le maire de la commune ou son représentant ;
- le procureur de la République du tribunal de grande instance de Rouen

Aucun courrier ni aucun appel téléphonique ne sera intercepté vis à vis de ces autorités.

- De saisir la commission départementale des hospitalisations psychiatriques et, lorsqu'il est hospitalisé, la commission des relations avec les usagers et la qualité de prise en charge ;
- De porter à la connaissance du contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;
- De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;
- D'émettre ou de recevoir des courriers ;
- De consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;
- D'exercer son droit de vote ;
- De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du patient peuvent exercer une partie de ses droits.

## **2.5 Dispositions particulières**

### **2.5.1 Les mineurs**

#### **2.5.1.1 Garde et protection**

Lorsqu'un mineur lui a été confié pour des soins, le CH du Rouvray se trouve investi du droit de garde de l'enfant incluant un devoir de surveillance adapté ; il lui incombe de prendre en charge l'ensemble des besoins de l'enfant et de provoquer les mesures appropriées qui s'imposeraient pour sa protection.

#### **2.5.1.2 Consultation et admission**

Lorsqu'un mineur non accompagné se présente aux urgences psychiatriques du CH du Rouvray pour une consultation, l'établissement doit rechercher un parent ou un membre de la structure d'accueil du mineur. Il est pris en charge par l'équipe soignante de l'UNACOR jusqu'à l'arrivée des représentants légaux ou personnes habilitées (éducateur, directeur de structure d'accueil...). Il est possible d'apporter un téléphone portable mais son utilisation est soumise à l'accord du personnel médical sur des temps dédiés.

#### **L'admission des patients mineurs :**

Un mineur est admis en soins psychiatriques dans un service de psychiatrie infanto-juvénile jusqu'à ce qu'il ait atteint l'âge de 16 ans. Au-delà, il est pris en charge dans un service de psychiatrie adulte. Les moins de 13 ans sont accueillis prioritairement sur l'URHEA. Les plus de 13 ans seront prioritairement accueillis sur hospitalisation programmée sur l'unité d'hospitalisation pour adolescents à ce jour en construction.

L'admission d'un mineur hors cas d'urgence est prononcée par le directeur, sur avis d'un médecin de l'établissement, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale (père, mère ou tuteur) ou de l'autorité judiciaire (ordonnance de placement provisoire), munie

d'un certificat d'un médecin traitant ou appartenant au service de consultation de l'établissement attestant la nécessité de l'admission en soins psychiatriques.

Lors de l'admission, l'identité de l'accompagnant et le régime d'exercice de l'autorité parentale seront vérifiés. Le consentement du mineur est recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

Toutefois, dans le cas du patient mineur jugé inapte à consentir à ses soins, le personnel soignant et médical doit obtenir ce consentement d'une autre personne autorisée par la loi à le donner en son nom (représentant légal ou juge des tutelles). Cette dernière est tenue d'agir dans le seul intérêt du patient qu'elle représente, en tenant compte, dans la mesure du possible, des volontés de celui-ci.

A titre exceptionnel, seul sera requis le consentement d'un patient mineur dont les liens de famille sont rompus et qui bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et de la couverture maladie universelle.

#### L'autorisation parentale :

Lorsque les soins et examens envisagés sont usuels c'est-à-dire considérés comme des actes de la vie quotidienne sans gravité : prescription ou geste de soins qui n'expose pas le patient à un danger particulier, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre. Le médecin peut se contenter du consentement d'un seul des deux parents, à moins qu'il n'ait connaissance de l'opposition de l'autre parent sur l'acte en cause. La demande d'admission est par conséquent recevable de la part d'un seul titulaire de l'autorité parentale. L'autorisation des deux titulaires de l'autorité parentale est requise (sauf si le juge des affaires familiales a confié l'exercice de l'autorité parentale à l'un des deux parents) dans le cas des actes non usuels considérés comme lourds : actes dont les effets pourraient engager le devenir du patient et ayant une probabilité non négligeable de survenir (hospitalisation prolongée, traitement comportant des effets secondaires ou ayant des conséquences invalidantes, ...).

#### Le refus des titulaires de l'autorité parentale ou impossibilité de recueillir leur consentement :

Hors cas d'urgence, il ne peut être procédé à aucune admission. Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par ce refus ou cette impossibilité de recueillir le consentement, le médecin peut saisir le Procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

En cas d'urgence vitale, si le refus des titulaires de l'autorité parentale compromet l'intégrité corporelle ou la vie du mineur, le Directeur, sur avis du médecin, saisira le juge des enfants et/ou le Procureur de la République en vue de la mise en place d'une mesure d'assistance éducative. Cependant l'autorisation du juge ou du Procureur n'est pas requise, le médecin prenant seul la décision de soins.

En cas d'impossibilité de recueillir le consentement du représentant légal toutes mesures utiles seront prises pour que les personnes exerçant l'autorité parentale sur le mineur hospitalisé en urgence soient prévenues.

L'admission d'un mineur, placé par l'autorité judiciaire dans un établissement d'éducation ou confié à un particulier, est prononcée à la demande du Directeur de l'établissement ou à celle du gardien.

Lorsqu'il s'agit d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance (ASE), l'admission est prononcée à la demande de ce service sauf si le mineur lui a été confié par une personne exerçant l'autorité parentale. Toutefois, lorsqu'aucune personne exerçant l'autorité parentale ne peut être jointe en temps utile, l'admission est demandée par le service d'aide sociale à l'enfance. Une demande d'hospitalisation est renseignée et signée par la personne habilitée selon les cas ci-dessus mentionnés. Pour toute décision prise par l'autorité judiciaire, une copie de l'ordonnance du juge est à transmettre au bureau des entrées

Lorsqu'une hospitalisation est décidée, l'administration organise, avec les médecins chefs de service concernés, les modalités d'accompagnement des enfants par leurs parents au cours de leur séjour. Ils peuvent assister aux soins médicaux et infirmiers, si leur présence ou leur comportement ne s'avère pas incompatible avec une bonne exécution de ces soins. S'ils ne peuvent demeurer auprès de leur enfant pendant son hospitalisation, les parents ont la possibilité de s'informer régulièrement de son état de santé auprès du personnel qualifié ; à cet effet et lorsque son état le permet, ils peuvent communiquer avec lui par téléphone.

### 2.5.1.3 Informations concernant les mineurs

Ce sont le ou les titulaires de l'autorité parentale qui doivent recevoir l'information sur l'état de santé du mineur. Le mineur a également le droit d'être informé lui-même d'une façon adaptée à son degré de maturité. Toutefois une personne mineure hospitalisée à sa demande en s'opposant expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale est la seule à pouvoir bénéficier du droit à l'information ; le médecin doit s'efforcer d'obtenir son accord pour l'information de ses parents ou de son tuteur, mais le mineur peut maintenir son opposition.

Les autres dispositions relatives au droit à l'information et à ses modalités d'exercice s'appliquent au mineur sous les réserves suivantes :

- L'intéressé manifestant expressément l'opposition ci-dessus évoquée doit se faire accompagner lors des entretiens et dans ses démarches par une personne majeure de son choix .
- Si le mineur accepte l'accès aux éléments du dossier médical par une personne titulaire de l'autorité parentale, il peut exiger qu'elle s'effectue par l'intermédiaire d'un médecin.

Le médecin ne peut tenir compte de « directives anticipées » qui auraient été rédigées par une personne mineure.

### 2.5.2 Les patients étrangers

Les étrangers sont admis dans l'Etablissement dans les mêmes conditions que les ressortissants français.

L'assistante sociale de l'UNACOR dès l'admission du patient signifie au service des frais de séjours l'absence ou non de prise en charge de ses frais d'hospitalisation pour le patient.

Les étrangers ressortissants d'un Etat membre de l'Union Européenne bénéficient des mêmes droits que les assurés sociaux français.

### 2.5.3 Les militaires et victimes de guerre

Les militaires sont, hors les cas d'urgence, admis dans l'établissement sur demande de l'autorité militaire compétente et dans les conditions prévues par la réglementation.

Si le Directeur est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission à l'autorité militaire ou, à défaut, à la gendarmerie.

Dès que l'état de santé du malade ou blessé le permet, toutes mesures sont prises afin qu'il soit transféré vers l'établissement de santé des armées le plus proche. Les frais d'hospitalisation sont pris en charge par l'Etat.

### 2.5.4 Les patients en garde à vue

L'admission des patients gardés à vue est prononcée dans les mêmes conditions que celles des patients relevant du droit commun. Leur surveillance est assurée par l'autorité de

police ou de gendarmerie qui a prononcé la garde à vue, sous le contrôle du Procureur de la République ou du Juge d'instruction.

### 2.5.5 Les toxicomanes

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

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

### 2.5.6 Les détenus : unité BADINTER

L'établissement accueille dans son unité spécialisée, nommée Badinter, les détenus du centre de détention du Val de Reuil et des maisons d'arrêt de Rouen et du Havre.

Lorsqu'une personne détenue nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, le Préfet prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, son hospitalisation au sein de l'établissement.

Le certificat médical est établi par un médecin extérieur au centre hospitalier du Rouvray. L'admission en soins psychiatriques des personnes détenues ne peut se faire que sous la forme d'une hospitalisation complète. Les modalités de suivi sont identiques à celles applicables aux patients admis en soins psychiatriques sur décision du Préfet.

Le patient détenu hospitalisé conserve son statut et reste donc soumis aux règles de fonctionnement applicables à l'établissement pénitentiaire (visite, courrier...). Cependant, après décision de placement du Préfet, il est placé sous la responsabilité de l'établissement. Aucun agent de l'établissement ne pourra se charger, pour le compte des patients détenus hospitalisés, d'un service étranger à sa mission.

Le personnel n'est pas autorisé à communiquer aux membres de la famille, aux proches et aux visiteurs les dates d'entrée et de sortie du patient détenu ainsi que les dates et les heures des examens réalisés.

Sous réserve du respect de ces exigences de sécurité et dans le respect des règles déontologiques, le médecin responsable du service peut communiquer des informations relatives à la santé du patient détenu hospitalisé à sa famille, à ses proches ou à la personne de confiance qu'il a désignée.

L'Administration Pénitentiaire doit être avisée de tout transfert ou évacuation vers un autre établissement de santé afin d'en organiser si nécessaire l'escorte. Tout incident grave est signalé aux autorités compétentes dans les conditions prévues par l'article D.280 du code de procédure pénale.

### 2.5.7 Les patients relevant d'une décision de placement en UMD

Un 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 sur décision du Représentant de l'état 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.

L'organisation de la prise en charge du patient au sein du service est définie dans le règlement intérieur de l'UMD.

## 3. Information et soins

### 3.1 Information des malades

#### 3.1.1 Le droit à l'information

Tout patient pris en charge au centre hospitalier du Rouvray a droit à l'information sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui lui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

A la fin de chaque séjour hospitalier, une lettre de liaison concernant les éléments utiles à la continuité des soins est remise directement au patient au moment de sa sortie et transmise le même jour au médecin traitant, et le cas échéant, au praticien qui a adressé le patient.

#### 3.1.2 Modalités d'exercice du droit d'information

##### 3.1.2.1 Entretien individuel

Les informations relatives à la santé du patient lui seront communiquées par le médecin responsable du service concerné dans le respect des règles déontologiques applicables, lors d'un entretien individuel. Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.

##### 3.1.2.2 Communication du dossier médical

S'agissant des informations concernant sa santé et détenues par l'établissement dans son dossier médical, le patient peut y accéder soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin de son choix, et en obtenir communication dans les conditions fixées réglementairement. Un délai de réflexion de 48 h étant laissé au patient, il doit accéder aux informations au plus tard dans les 8 jours suivant la réception de sa demande (délai porté à deux mois à compter de leur constitution pour les informations médicales de plus de cinq ans). L'identité du demandeur doit être contrôlée. La consultation peut s'effectuer sur place gratuitement. Le médecin concerné peut recommander la présence d'une tierce personne, mais le patient peut refuser cet accompagnement. En cas de demande de remise ou d'envoi

de copies, les frais à la charge du demandeur correspondent au coût de reproduction, et d'expédition. En cas de refus de communication ou d'absence de réponse, le demandeur peut saisir la personne référente désignée au sein de l'établissement ou la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (C.A.D.A.). Le dossier médical peut être communiqué, sous certaines conditions, à un expert dans le cadre d'une procédure judiciaire et peut être saisi par les autorités judiciaires en cas de procédure pénale.

### 3.1.3 Relation avec les proches et ayants droit

Dans chaque service les médecins reçoivent les familles des malades dans des conditions préservant la confidentialité, soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures portés à la connaissance des malades et de leurs familles. Avec l'accord du malade et dans le but de le faire bénéficier d'un soutien, les indications d'ordre médical – telles que diagnostic et évolution de la maladie – peuvent être données aux membres de la famille par les médecins dans les conditions et limites définies par le Code de la Santé et le Code de déontologie médicale ; de même, les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être fournis par des personnels qualifiés aux membres de la famille, toujours sauf opposition de la part du malade.

Si le malade, majeur, a désigné une « personne de confiance » et dans la mesure où il devient hors d'état de recevoir des informations, cette personne peut en recevoir communication. Sur demande écrite, les ayants droit d'un malade décédé peuvent, notamment en ayant accès aux documents de son dossier médical dans les mêmes conditions que l'intéressé, obtenir les informations qui leur seraient nécessaires pour connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir leurs droits, sauf opposition exprimée par la personne avant son décès. Ils doivent être par ailleurs, informés sur les circonstances et causes d'un dommage imputable à l'activité soignante si la personne décédée en a été victime ou en est estimée victime.

### 3.1.4 Dispositions spécifiques pour les malades en fin de vie

#### 3.1.4.1 Directives anticipées

Toute personne majeure admise au centre hospitalier a la possibilité de rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Elles ont une durée illimitée mais peuvent être à tout moment modifiées ou annulées.

Les directives anticipées s'entendent d'un document écrit, daté et signé par leur auteur dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance.

Toutefois lorsque l'auteur de ces directives, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même le document, l'établissement s'assurera qu'il a demandé à deux témoins, dont la personne de confiance lorsqu'elle est désignée, d'attester que le document qu'il n'a pu rédiger lui-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Ces témoins indiquent leur nom et qualité et leur attestation est jointe aux directives anticipées.

Le médecin pourra à la demande du patient ou du résident, faire figurer en annexe de ces directives, au moment de leur insertion dans le dossier de ce dernier, une attestation constatant qu'il est en état d'exprimer librement sa volonté et qu'il lui a délivré toutes informations appropriées.

Les directives anticipées peuvent, à tout moment, être soit modifiées, partiellement ou totalement, soit révoquées. La révocation devra être expresse (écrite).

Les directives anticipées sont conservées selon des modalités les rendant aisément accessibles pour le médecin appelé à prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement. A cette fin, elles sont conservées dans le dossier médical de la personne.

Toutefois, les directives anticipées peuvent être conservées par leur auteur ou confiées par celui-ci à la personne de confiance ou, à défaut, à un membre de sa famille ou à un proche. Dans ce cas, leur existence et les coordonnées de la personne qui en est détentrice sont mentionnées, sur indication de leur auteur, dans le dossier médical.

#### 3.1.4.2 Prise en charge de la douleur

La prise en charge de la douleur sur le CHR est une préoccupation quotidienne des équipes. La douleur est recherchée, mesurée par des outils adaptés. La mesure de la douleur doit se faire aussi souvent que nécessaire et en particulier :

- A l'entrée en hospitalisation
- Pour évaluer l'efficacité du traitement mis en place
- Après tout incident nouveau interférant sur l'état du patient

Dans le cas d'une douleur qui peut être induite par des soins invasifs, le CHR a mis en place l'utilisation du MEOPA (mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote)

Douleur et fin de vie : le Centre Hospitalier du Rouvray dans le cadre d'une convention avec le CHU de Rouen fait appel à l'équipe mobile de soins palliatifs CHU qui peut se déplacer au chevet du patient à la demande des différents services. (Une fiche de demande d'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs du CHU de Rouen ainsi qu'un guide pour son utilisation sont répertoriés dans la gestion documentaire Apta-YES).

Les membres du personnel s'efforcent, sans distinction de grade ou de fonction, d'assurer au mieux le confort physique et moral des patients dont ils ont la charge. D'une manière générale, ils prennent toutes les dispositions, dans l'exercice de leurs fonctions, pour contribuer personnellement au climat de sécurité, de calme indispensables au sein de locaux hospitaliers.

Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'un malade en fin de vie qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrégé sa vie, il doit en informer le malade, la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un des proches ; la procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. Le malade n'est pas informé lorsqu'il a manifesté la volonté d'être tenu dans l'ignorance des éléments de son état de santé et en conséquence d'un pronostic le concernant.

Un comité de lutte contre la douleur (CLUD) a été créé au sein de l'établissement afin de travailler en multidisciplinarité et en complémentarité avec les équipes soignantes, sur l'évaluation et le traitement de la douleur.

#### 3.1.4.3 Refus de soins

Le patient hospitalisé en soins libres peut refuser les soins. Avant sa sortie, il doit être vu en entretien par le psychiatre du service afin qu'il constate que l'état du patient ne nécessite pas une hospitalisation sans consentement. Si ce n'est pas le cas, le patient signe un formulaire de sortie contre avis médical.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.



### 3.1.5 Traitement informatique des données

Les informations nominatives d'ordre administratif ou médical recueillies à l'occasion de l'admission et du séjour du malade font l'objet, dans leur majorité, de traitements par des moyens informatiques mis en œuvre par les différents services hospitaliers. L'hôpital veille à la sécurité matérielle et technique du traitement et de la conservation de ces informations. Il applique les dispositions réglementaires concernant la conservation sur support informatique des informations médicales et leur transmission par voie électronique entre professionnels en vue de garantir leur confidentialité. Ces traitements ne doivent porter atteinte ni à la vie privée, ni aux libertés publiques et individuelles. Les dispositions légales relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, ont pour but de veiller au respect de ces principes ; elles prévoient un droit d'accès et de rectification par le malade, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin désigné à cet effet, pour les informations nominatives qui le concernent et qui sont contenues dans un traitement informatique.

La Commission Nationale Informatique et Libertés est l'organisme officiel chargé de faire respecter les dispositions légales. Tout traitement informatique spécifique mis en œuvre au sein de l'hôpital et gérant des données nominatives doit être déclaré à cette Commission nationale avant d'être mis en exploitation. Pour tout renseignement à ce sujet, les malades peuvent s'adresser à la Direction.

## 3.2 Dispositions applicables concernant les majeurs protégés

En principe, les dispositions générales et les dispositions spécifiques aux malades en fin de vie et aux mineurs, qui ont été précédemment décrites, s'appliquent aux majeurs sous tutelle, le tuteur se substituant aux titulaires de l'autorité parentale. Les seules dispositions qui ne sont pas adaptées à la situation de ces patients concernent :

- Le droit d'opposition à l'information et à la consultation de la personne se substituant à la famille : le tuteur doit être toujours informé et consulté.
- Le caractère exclusif du droit d'accès direct au dossier médical concernant le majeur sous tutelle : le tuteur peut lui-même accéder aux informations médicales concernant le majeur sous tutelle.
- En principe, comme pour les mineurs et sauf désignation antérieure d'une « personne de confiance » confirmée par le juge des tutelles, le majeur sous tutelle ne peut substituer un tiers à son tuteur

Un Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs est en poste au sein du CH du Rouvray. Ce préposé d'établissement peut exercer jusqu'à 50 mesures pour un ETP (tutelle et curatelle renforcée). Il est désigné lorsqu'un patient est hospitalisé pour une longue période ou s'il bénéficie d'un logement sur le site de l'établissement. Le mandataire effectue chaque semaine plusieurs permanences pour les majeurs protégés et usagers afin de pouvoir répondre à leurs demandes.

### 3.2.1 Les majeurs sous sauvegarde de justice

La personne sous sauvegarde de justice dispose de la même capacité juridique que n'importe quel patient. Son admission, son séjour et sa sortie relèvent des règles du droit commun.

### 3.2.2 Les majeurs sous curatelle

La personne sous curatelle, sans être hors d'état d'agir elle-même, a besoin d'être conseillée ou contrôlée dans les actes de la vie civile. Son admission, son séjour et sa sortie relèvent des règles du droit commun.

### 3.2.3 Les majeurs sous tutelle

Le consentement du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision le concernant. Son consentement est révocable à tout moment. Par conséquent, le seul consentement du représentant légal doit demeurer exceptionnel et n'être envisagé que lorsque le majeur protégé se trouve dans l'incapacité d'exprimer sa volonté. Par ailleurs, sauf urgence, la personne chargée de la protection de la personne du majeur ne peut, sans l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué, prendre une décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intégrité de la personne ou à l'intimité de sa vie privée. Enfin, le médecin a la possibilité de délivrer les soins indispensables en cas de refus du tuteur risquant d'entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur protégé.

La personne sous tutelle est représentée d'une manière continue dans les actes de la vie civile, le tuteur désigné agit en lieu et place du majeur. Son consentement doit être systématiquement recherché si elle est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision, cependant le majeur sous tutelle ne peut consentir seul ni à son admission, ni aux soins. En effet le tuteur la représente et seul son consentement est requis.

Dans le cas où le refus d'un traitement par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

### 3.2.4 La banque des patients

En étant sous mesure de protection, le patient a la possibilité d'avoir un compte auprès de la Banque des patients afin de disposer de numéraire lors de son hospitalisation. Une permanence est ouverte du lundi au vendredi de 9h à 11h30 afin de retirer ou déposer votre argent dans les locaux du Bureau des entrées (bâtiment UNACOR).

## 3.3 Participation aux recherches biomédicales

Les psychiatres peuvent proposer aux malades hospitalisés, aux consultants ainsi qu'à d'autres personnes volontaires de participer à une recherche biomédicale dans les limites et sous les conditions fixées par les dispositions légales et réglementaires qui visent à protéger les personnes.

Avant de réaliser une recherche sur l'être humain, tout investigateur est tenu d'en soumettre le projet à l'avis d'un Comité Consultatif de Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale (CCPPRB).

Sous réserve de dispositions légales spécifiques, aucun essai ou expérimentation ne peut être mené sans le recueil préalable du consentement libre, éclairé et exprès de la personne concernée. Cet accord est consigné par écrit, après que le médecin investigateur a informé la personne complètement et précisément, selon les modalités prévues par la loi. Toute personne (ou un représentant légal) est toujours libre de mettre fin, à tout moment, à sa participation à des recherches biomédicales. Des dispositions spécifiques s'appliquent au recueil du consentement pour les mineurs, pour les majeurs protégés légalement ou hors

d'état d'exprimer leur consentement et pour les femmes enceintes, parturientes ou mères qui allaitent. Les patients hospitalisés sans consentement en psychiatrie ne peuvent être sollicités que pour des recherches présentant un intérêt direct et majeur pour leur santé.

Avant le début d'une recherche, la Direction Générale du CH du Rouvray doit toujours être informée de la nature et des modalités de cette recherche et avoir donné son accord.

## **4. Séjour du patient**

### **4.1 Principes régissant le séjour**

#### **4.1.1 Règles générales**

La vie hospitalière requiert du patient le respect d'une certaine discipline dans l'intérêt général sur divers plans :

- comportement et propos n'apportant aucune gêne aux autres malades ou personnels ou au fonctionnement du service ;
- respect d'une stricte hygiène corporelle et des recommandations reçues dans le cadre de la prévention des infections nosocomiales (c'est-à-dire pouvant être acquises au sein du site) ;
- tenue vestimentaire décente au cours des déplacements dans l'enceinte hospitalière ;
- souci du maintien en bon état des locaux et objets mis à disposition (des dégradations sciemment commises peuvent d'ailleurs, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner une décision de sortie du malade dûment averti pour motif disciplinaire) ;
- interdiction de réaliser des clichés photographiques, portant atteinte au respect de la vie privée.

Les malades en soins libres, ou sur avis médical pour les patients en soins sous contrainte peuvent se déplacer librement au sein du site dès lors que leur état de santé le permet et qu'ils n'entravent pas le bon fonctionnement du service hospitalier.

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

- leur nécessaire de toilette (brosse à dents, dentifrice, savon, etc...) ;
- le linge et leurs effets personnels (pyjama, robe de chambre, pantoufles, etc...).

Sauf cas particuliers, et sous réserve du respect des règles d'hygiène, l'hospitalisé pourra, s'il le souhaite, conserver ses vêtements et son linge personnel, à charge pour lui d'en assurer l'entretien.

#### **4.1.2 Dépôt des objets appartenant au patient, responsabilité en cas de perte, vol ou détérioration**

Lors de son admission, le malade est informé, oralement, du régime de responsabilité du CH du Rouvray en cas de vol, perte ou détérioration d'un objet lui appartenant, selon qu'il a été ou non déposé, conformément à la réglementation. Il est informé qu'il peut remettre ses valeurs, moyens de paiement et bijoux à ses proches ou les déposer auprès du régisseur de l'établissement et qu'il ne doit conserver auprès de lui que des objets de faible valeur.

Lors du dépôt, il lui est remis un reçu portant inventaire. Le CH du Rouvray devient responsable de plein droit s'il y a vol, perte ou détérioration des objets inventoriés. De même,

dans ce cas et seulement dans ce cas de faute, l'hôpital est responsable des vols, perte ou détérioration des objets de faible valeur conservés par le malade. A noter que la responsabilité du CH du Rouvray n'est pas engagée lorsqu'une perte ou détérioration résulte de la nature ou d'un vice du bien, ou lorsque le dommage s'est avéré inévitable pour la réalisation d'un acte médical ou de soins.

#### 4.1.3 Gestion des biens et protection des majeurs

Les biens des majeurs protégés hospitalisés au sein de l'établissement ou sortis de l'établissement peuvent, sur décision de justice, être administrés, en considération des intérêts du malade, par un mandataire judiciaire qui exerce ces fonctions sous le contrôle du Juge des tutelles. Ce gérant de tutelle peut être un agent de l'hôpital ou un agent d'une structure extérieures tel que l'UDAF, l'ATMP ou le SPES . La tutelle en gérance recouvre la gestion des biens et la protection de la personne. La plupart des actes que le mandataire judiciaire peut accomplir nécessitent une autorisation du Juge, en dehors des actes de gestion courante du patrimoine.

#### 4.1.4 Horaires quotidiens du séjour hospitalier

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

- restauration
  - petit déjeuner : de 7h45 à 8h45
  - déjeuner : de 12h à 13h
  - goûter : 16h15 à 16h45
  - dîner : de 18h30 à 19h30
- visites : de 14h à 19h, sauf dispositions particulières (UMD et unité Badinter)

#### 4.1.5 Service des repas

Les repas sont servis en fonction des possibilités ou des pratiques internes au service. Un repas peut être servi aux personnes rendant visite aux patients hospitalisés lorsqu'ils sont dans l'impossibilité de prendre leurs repas à l'extérieur, et sous réserve des moyens d'accueil de chaque service. Ces repas seront facturés au tarif visiteur fixé annuellement par le Directeur de l'établissement. Une demande au préalable doit être effectuée auprès du service.

Les menus sont arrêtés par une commission des menus (comprenant, entre autres, une diététicienne) et sont communiqués à chaque service, en liaison avec le Comité de Liaison-Alimentation Nutrition. L'hospitalisé, dont le régime alimentaire est le régime normal, a la possibilité de choisir entre plusieurs mets, dans le respect de ses croyances. Sur prescription médicale, des régimes diététiques spéciaux sont servis.

#### 4.1.6 Poursuite de la scolarité

Les enfants en âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté au sein de l'hôpital lorsque leurs conditions d'hospitalisation le permettent ; la scolarité est organisée en tenant compte des contraintes d'ordre médical. Elle est organisée par des professeurs des écoles spécialisés qui sont attachés à l'unité d'enseignement du Centre Hospitalier du Rouvray.

## 4.1.7 Autorisations de sorties ponctuelles

### 4.1.7.1 Soins libres

Le patient peut, sous réserve de l'avis favorable du médecin chef de service validé par le directeur, bénéficier à titre exceptionnel, de permissions de sortie ne pouvant excéder 48 heures. Le malade qui ne rentre pas dans les délais impartis, sera porté sortant. A défaut, il retrouve son lit sans qu'il soit nécessaire de procéder à une nouvelle admission. Les journées passées en permission ne sont pas facturées.

### 4.1.7.2 Soins sans consentement

Un programme de soins peut être établi par un psychiatre, précisant les types de soins dispensés, les séjours en établissement de santé, les lieux où ceux-ci sont prodigués et leur périodicité.

Le patient est informé du programme de soins au cours d'un entretien avec le psychiatre. Il doit signer le programme de soins avant sa sortie.

Le patient est tenu de respecter son programme de soins. A défaut et en cas de dégradation de son état de santé, le psychiatre peut demander à tout moment, sa réintégration au centre hospitalier, en hospitalisation complète.

Le Directeur prendra acte de la demande médicale visant à mettre en œuvre le programme de soins sans délai, dès réception du certificat ou de l'avis médical.

Toutefois, le préfet dispose d'un délai de 3 jours francs pour décider de la forme de prise en charge des patients relevant de sa compétence. Dans l'attente de la décision du préfet ou du directeur, le patient reste hospitalisé.

Lorsque le patient fait l'objet de soins sans consentement à la suite d'une décision de déclaration d'irresponsabilité pénale pour des faits graves, la mise en place d'un programme de soins, la saisine du juge des libertés et la levée de la mesure, nécessitent l'avis préalable d'un collègue de professionnels et le cas échéant deux expertises psychiatriques.

Le Préfet peut décider de ne pas suivre l'avis du psychiatre demandant la mise en œuvre d'un programme de soins ou la levée de la mesure pour un patient en hospitalisation complète. Il informera sans délai le directeur. Ce dernier demandera immédiatement l'examen du patient par un deuxième psychiatre. Si ce deuxième avis, rendu dans un délai maximal de 72 heures après la décision préfectorale confirme l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, le préfet devra ordonner la mainlevée de cette mesure ou la mise en place d'un programme de soins conformément à la première demande médicale.

Les recommandations ci-dessus ne s'appliquent pas aux sorties de courte durée accompagnées de moins de 12h et les sorties non accompagnées de moins de 48h. Dans le cas d'un refus du Préfet d'accepter une sortie de courte durée, aucun second avis ne sera demandé. Le refus ne donne pas lieu à négociations.

### 4.1.7.3 Patients mineurs

Le patient mineur bénéficie de permissions de sortie dans les mêmes conditions que les adultes en soins libres. Il est confié à ses parents ou au titulaire de l'autorité parentale de la même façon et en suivant les mêmes règles que pour une sortie définitive. Les mineurs sont confiés à leur père, mère, ou autre personne disposant de l'autorité parentale. Cette personne doit préciser à la Direction de l'hôpital si le mineur doit être confié à une tierce personne expressément autorisée par elle. La personne se présentant pour emmener l'enfant doit

présenter les justificatifs nécessaires (pièce d'identité, éventuel extrait de jugement). Toutefois le mineur voulant garder le secret sur son hospitalisation et maintenant son refus sur l'information de ses parents ou de son tuteur peut se faire accompagner par la personne majeure de son choix pour ces sorties.

#### 4.1.8 Exercice des cultes

Les hospitalisés doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte. Ils reçoivent, sur demande de leur part adressée au cadre de santé de l'unité de soins, la visite du ministre du culte de leur choix.

Des ministres des différents cultes, agréés par le CH du Rouvray, sont à la disposition des malades, sur demande de leur part<sup>4</sup>.

#### 4.1.9 Intervention du service social

Le Service Social, composé d'un cadre socio-éducatif et d'assistants de service social, a pour mission de faciliter sous tous ses aspects la vie des patients à l'hôpital, ainsi que de rechercher et de proposer les actions nécessaires à leur accès aux soins et à leur réinsertion sociale, familiale, professionnelle ou scolaire. A la disposition des malades, des familles et des proches, ce service participe à la prévention, au dépistage et au traitement des répercussions familiales, économiques et psychologiques inhérentes à la maladie, au handicap et à l'âge. Il favorise l'accès ou le maintien aux droits sociaux et participe à la résolution des difficultés administratives ou juridiques. Il aide à la mise en place des procédures de protection des personnes et des biens, lorsqu'elles s'avèrent nécessaires. Il prépare, en collaboration avec les autres intervenants, le retour et le maintien à domicile et organise si nécessaire l'admission dans une structure sanitaire, médico-sociale ou sociale adaptée à la situation particulière des malades.

## 4.2 Accès des personnes étrangères à l'hôpital

### 4.2.1 Les visites

#### 4.2.1.1 Recommandations générales

Les visites sont prévues de 14h à 19h 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.. Cependant, les chefs de service peuvent être conduits à aménager ces horaires suivant les nécessités du service. Des dérogations aux horaires peuvent être autorisées à titre exceptionnel, avec l'accord du médecin responsable, lorsqu'elles ne troublent pas le fonctionnement du service.

Les malades peuvent demander aux cadres infirmiers du service de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès à eux. Lorsque l'état du malade le justifie, la présence d'un ou plusieurs proches peut être autorisée hors des heures de visite.

Dans chaque service, les médecins reçoivent les familles des patients soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des malades et de leurs familles. Les visiteurs ne devront pas troubler le repos des malades ni gêner le fonctionnement des services. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite peuvent être décidées par le directeur, avec l'intervention du service de sécurité.

---

<sup>4</sup> Charte de la laïcité en annexe 8

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas accès aux patients sauf accord de ceux-ci et autorisation écrite donnée par le directeur.

Les visiteurs et les malades ne doivent introduire dans l'établissement ni boissons alcoolisées ni médicaments ni denrées périssables ni substances illégales, sauf accord du médecin en ce qui concerne les médicaments.

Le cadre infirmier du service s'opposera, dans l'intérêt du malade, à la remise à celui-ci de denrées ou boissons même non alcoolisées qui ne sont pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit. Les denrées et boissons introduites en fraude seront restituées aux visiteurs ou à défaut détruites.

Les animaux domestiques, à l'exception des chiens-guides d'aveugles et des animaux des associations conventionnées, ne peuvent être introduits dans l'enceinte de l'établissement.

#### **4.2.1.2 Recommandations spécifique pour BADINTER**

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 11h à 11h30 et de 15h 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.

#### **4.2.1.3 Recommandations spécifiques pour l'UMD**

Les visites nécessitent un accord médical écrit sauf les visites des avocats et des représentants légaux. 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 : 15h 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.

Les visites pour les personnes détenues souffrant de troubles mentaux 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.

#### **4.2.1.4 Recommandations spécifiques pour les mineurs**

Durant l'hospitalisation, après une semaine de séparation, 2 appels téléphoniques (un entrant et un sortant) ainsi que 2 temps de visite sont posés avec la famille ou les représentants

légaux de l'enfant. Le 1<sup>er</sup> temps de visite a lieu après l'entretien médecin famille hebdomadaire puis le second temps de visite se fait sur le week-end. Il est possible de joindre à tout moment l'unité pour prendre des nouvelles de l'enfant dès le début de l'hospitalisation. Une salle de visite est mise à disposition dans l'unité et accueille uniquement les parents.

#### **4.2.2 Les stagiaires**

Les stages d'étudiants et professionnels au sein du site hospitalier doivent faire l'objet d'une convention entre le CH du Rouvray et l'établissement ou l'organisme dont dépend le stagiaire. Dans le cas d'une demande de stage émanant d'une personne ne relevant d'aucun établissement ou organisme ou à défaut d'une convention générale régissant la situation, une autorisation peut être accordée à titre exceptionnel, mais cette autorisation de stage et les conditions de son déroulement doivent faire l'objet d'un document écrit, valant accord de la Direction concernée. Les stagiaires sont tenus de respecter les dispositions du présent règlement intérieur sous la conduite de la personne responsable de leur stage.

#### **4.2.3 Accès des prestataires de services au sein du CHR**

L'ensemble des prestataires extérieurs du CH du Rouvray respecte le règlement intérieur de l'établissement conformément au contrat régissant leurs relations avec l'établissement.

#### **4.2.4 Les associations et bénévoles**

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

Préalablement à leurs interventions, ces associations doivent obtenir l'autorisation du Directeur et conclure avec le CH du Rouvray une convention définissant les droits et obligations réciproques. Cette convention est élaborée suivant une convention-type.

Les bénévoles nominativement listés par les associations sont autorisés à rencontrer les patients sous réserve de l'accord de ces derniers. Le responsable du service peut s'opposer à des visites ou des activités de ces bénévoles pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation du service. En tout état de cause, les personnes bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin.

Une convention régit les relations entre le CH du Rouvray et toute Association liée à l'hôpital, que ses membres interviennent dans un, plusieurs ou l'ensemble de ses services, avec un siège social situé à l'extérieur du domaine public hospitalier ou domicilié en son sein.

#### **4.2.5 Accès des professionnels de la presse**

L'accès des professionnels de la presse (écrite, audiovisuelle, radiophonique, photographique) et les modalités d'exercice de leur profession au sein du CH du Rouvray sont régis par un « protocole presse » interne à l'établissement. Ils doivent préalablement faire l'objet d'une demande exprimée auprès du Directeur général par l'intermédiaire du service communication par téléphone aux heures ouvrables et, en dehors des heures et jours ouvrables, par l'intermédiaire du standard qui orientera sur l'administrateur de garde qui décidera ou non de recourir au responsable de la communication. Ces conditions ne sont pas applicables aux locaux syndicaux.

Une autorisation sera accordée par le service communication aux journalistes après avis du Directeur ou de l'administrateur de garde et du chef de service ou du responsable de pôle concerné et transmise au demandeur. Cette autorisation peut être sous forme écrite ou orale en fonction de la nature de la demande.



L'accès des professionnels de la presse auprès du patient est subordonné au consentement libre et éclairé de ce dernier et à l'accord du représentant légal pour les mineurs et majeurs protégés. Les images (télévisées ou photographiques) concernant des patients ne peuvent être réalisées sans une autorisation écrite et signée par ces patients.

#### **4.2.6 Interdiction d'accès aux démarcheurs, représentants et enquêteurs**

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

#### **4.2.7 Règles d'intervention des délégués médicaux au sein du CHR**

Chaque visite doit faire l'objet d'un rendez-vous qui spécifie auprès de la Direction l'objet du contact, les interlocuteurs concernés, la date, l'horaire, la durée et le lieu du rendez-vous. Chaque délégué doit, lors de sa visite dans l'établissement, s'identifier de façon visible et lisible avec son nom, son prénom et le nom de l'entreprise qu'il représente.

Certains sites comme l'UMD ou l'unité Badinter sont en accès restreint et nécessitent une autorisation du Directeur de l'établissement et du chef de service après avis du chef de pôle.

Les modalités des visites sont organisées par le chef de service ou son représentant. Les rencontres individuelles avec les internes ne sont pas autorisées et les rencontres collectives sont d'ordre général à favoriser.

Le délégué médical s'engage à :

- Ne pas fournir d'échantillons, cette pratique étant interdite sauf auprès de la pharmacie dans des conditions spécifiques selon les dispositions de l'article R.5122-17.
- Fournir l'ensemble des informations concernant le produit qu'il représente ainsi que tous les aspects réglementaires, pharmaco thérapeutiques et médicotechniques le concernant.
- Faire preuve de discrétion professionnelle lors de ses visites au sein de l'établissement.

#### **4.2.8 Intervention des notaires**

Lorsqu'un malade hospitalisé sollicite son intervention, un notaire (dont la fonction lui confère la qualité d'officier public) peut se rendre auprès de celui-ci après décision médicale du praticien participant à la prise en charge de celui-ci. Il lui appartient d'apprécier sous sa responsabilité la capacité de son client à accomplir des actes juridiques, et tout abus pouvant être constitutif d'une faute professionnelle relèverait de la seule compétence de l'autorité judiciaire.

### **4.3 Règles diverses**

#### **4.3.1 Respect de la dignité et de l'intimité du patient**

Le respect de la dignité et de l'intimité du malade doit être préservé par tous d'une manière générale, à tout moment de son séjour hospitalier.

Les personnes hospitalisées ne peuvent être amenées à participer à des présentations de cas destinées à des étudiants ou stagiaires, ou à recevoir des soins en présence d'un proche, sans avoir donné au préalable leur consentement. Il ne peut être passé outre à leur refus.

Les personnels et les visiteurs extérieurs frappent avant d'entrer dans la chambre du malade et n'y pénètrent, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par l'intéressé. Le tutoiement et toute forme de familiarité avec les malades sont proscrits, sauf en cas de volonté expresse de ces derniers à ce sujet.

Des mesures sont prises pour assurer la tranquillité des malades et réduire au mieux les nuisances liées notamment au bruit et à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil.

#### **4.3.2 Droits civiques**

Les patients hospitalisés qui, en raison de leur état de santé, ne peuvent se déplacer le jour d'un scrutin, peuvent exercer leur droit de vote sur place, par procuration. Une information relative au vote par procuration est portée à la connaissance des patients en amont de chaque scrutin électoral. Par ailleurs, un patient peut, en cas de mort imminente, demander que son mariage soit célébré dans l'enceinte hospitalière, en présence d'un officier de l'état civil désigné par le Procureur de la République.

#### **4.3.3 Neutralité du service public**

Au sein de l'institution hospitalière, toute personne est tenue au respect du principe de neutralité du service public dans ses actes comme dans ses paroles. Conformément à ce principe :

- Les visites d'élus dans l'enceinte d'un site hospitalier ne peuvent donner lieu à aucune manifestation présentant un caractère politique ;
- Les membres du Conseil de surveillance du CH du Rouvray ne peuvent effectuer des visites que lorsqu'ils sont mandatés à cet effet par le Conseil de surveillance ;
- Les signes d'appartenance religieuse - quelle qu'en soit la nature - ne sont pas acceptés au sein de l'hôpital, qu'ils soient arborés - individuellement ou collectivement - par les malades, leurs familles, les visiteurs ou les personnels, dès lors que ces signes constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, qu'ils perturbent le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public. Il en est de même lorsqu'ils dissimulent le visage et rendent impossible l'identification de la personne.
- Les réunions publiques de quelque nature qu'elles soient, sont interdites au sein du site, sauf autorisation expresse du Directeur. Ces dispositions ne s'appliquent pas aux locaux syndicaux. Toutefois, les organisations syndicales veilleront à informer la sécurité incendie du nombre de personnes extérieures présentes dans leur locaux.

#### **4.3.4 Interdiction de pourboires et manipulation des sommes d'argent**

Aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les malades ou leur famille, à titre de gratification ou à titre de dépôt. Le dépôt de sommes d'argent auprès du régisseur de l'établissement ne peut s'effectuer par l'intermédiaire du personnel, sauf cas des admissions en urgence dans le cadre de l'inventaire des biens.

### 4.3.5 Effets personnels

Les malades doivent prévoir pour leur séjour hospitalier du linge personnel et un nécessaire de toilette. Sauf cas particuliers, son entretien n'incombe pas à l'hôpital et sa conservation obéit aux règles générales de la responsabilité hospitalière. En cas de nécessité, des vêtements appropriés sont mis à la disposition des patients pour la durée de leur hospitalisation.

### 4.3.6 Courrier

Le vaguemestre est à la disposition des personnes hospitalisées pour toutes leurs opérations postales. La distribution des lettres ordinaires est faite par son intermédiaire. Les mandats, lettres ou paquets recommandés sont remis aux secrétariats des services pour distribution au patient par le vaguemestre. Ils sont remis en dépôt à la Direction ou au gérant de tutelle, si le malade ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales. Le courrier destiné aux mineurs non émancipés leur est distribué, sauf opposition des parents.

Les patients en UMD ont 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. Des timbres sont disponibles à commande hebdomadaire.

Le courrier des patients détenus envoyé ou reçu passe automatiquement par le greffe de la Maison d'arrêt ou Centre de Détention dont dépend le détenu, pour contrôle d'usage. Les demandes adressées au Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation sont faites par courrier.

### 4.3.7 Téléphone

Les hospitalisés ont la possibilité, sur leur demande et après avis médical, de disposer d'un téléphone dans leur chambre. Ils peuvent recevoir des communications téléphoniques aux horaires autorisés dans la mesure où celles-ci ne gênent pas le fonctionnement des services.

## 5. Sortie des patients

### 5.1 Sortie en fin de séjour

#### 5.1.1 Décision

##### 5.1.1.1 Patient en soins libre

Le Directeur sur proposition du médecin chef de service prononce la sortie du patient dont l'état de santé ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'établissement. Les patients en hospitalisation libre peuvent quitter l'hôpital à tout moment sur leur demande. Dans le cas d'un non-retour d'une sortie de moins de 48h accordée au patient en soins libres, il sera considéré comme sortant définitivement de l'établissement, sauf avis médical contraire.

### 5.1.1.2 La sortie définitive des soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent sans tiers

Sur décision médicale, il peut être mis fin à tout moment à la mesure dès lors qu'un psychiatre de l'établissement certifie que les conditions d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ne sont plus réunies. Le certificat médical circonstancié doit mentionner l'évolution ou la disparition des troubles ayant justifié l'admission en soins psychiatriques. Une décision de levée de la mesure est alors rédigée et transmise par courrier au patient, au tiers sauf cas de péril imminent, au secrétariat du service et à la CDPS.

A la demande de la CDSP, d'un membre de la famille, du mandataire ou d'un proche, la mesure de soins peut être levée. Toutefois, le Directeur n'est pas tenu de faire droit à cette demande lorsqu'un certificat médical ou un avis médical établi par un psychiatre et datant de moins de 24 heures atteste que l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour la santé du patient.

Le Directeur informe par écrit le demandeur de son refus en lui indiquant les voies de recours.

A la demande de la CDSP, d'un membre de la famille, du mandataire, d'un proche ou du procureur de la république, le juge des libertés et de la détention peut également être saisi afin de statuer sur le maintien de la mesure de soins sans consentement (article L3211-12 du CSP). Le Juge des libertés peut également se saisir d'office à tout moment.

Lors d'absence d'un certificat dans les délais impartis par la loi, la mesure est caduque par non production des certificats légaux.

### 5.1.1.3 La sortie définitive des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

Lorsqu'un psychiatre participant à la prise en charge du patient atteste par un certificat médical la disparition des conditions ayant justifié l'admission en soins psychiatriques, le Directeur informe le Préfet dans les 24 heures. Ce dernier prend sa décision dans un délai de trois jours francs après la réception du certificat médical.

Il peut soit lever la mesure, soit ordonner une expertise psychiatrique, soit décider de maintenir la mesure. Dans ce dernier cas et seulement pour les patients en hospitalisation complète, le Directeur demande immédiatement l'examen du patient par un deuxième psychiatre. Celui-ci rend, dans un délai maximal de soixante-douze heures à compter de la décision du représentant de l'Etat, un avis sur la nécessité de l'hospitalisation complète.

Lorsque l'avis du deuxième psychiatre confirme l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, le Préfet ordonne la levée de la mesure de soins sans consentement ou décide d'une prise en charge sous la forme d'un programme de soins.

Lorsque l'avis du deuxième psychiatre préconise le maintien de l'hospitalisation complète et que le représentant de l'Etat maintient l'hospitalisation complète, il en informe le Directeur. Le Directeur saisira le juge des libertés afin qu'il statue à bref délai sur cette mesure.

A la demande de la CDSP, d'un membre de la famille, du mandataire, d'un proche ou du procureur de la république, le juge des libertés et de la détention peut également être saisi afin de statuer sur le maintien de la mesure de soins sans consentement (article L3211-12 du CSP). Le Juge des libertés peut également se saisir d'office à tout moment.

La levée peut s'effectuer sur absence des certificats médicaux légaux ou par défaut de décision du Préfet à l'issue de chacun des délais prévus.

**Remarque** : La levée d'une mesure de soins psychiatriques sur décision du Préfet n'implique pas obligatoirement sortie de l'établissement. L'hospitalisation peut se poursuivre en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ou en soins psychiatriques libres. Il en va de même pour les soins sur décision du Directeur.

Dans le cas particulier des patients en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État suite à une décision judiciaire de déclaration d'irresponsabilité pénale, la fin de la mesure de soins peut avoir lieu que sur les avis concordants de deux psychiatres extérieurs à l'établissement et choisis par le Préfet en sus de l'avis du collège de professionnels établissant que le patient n'est plus dangereux pour autrui.

## 5.1.2 Organisation de la sortie par le service

### 5.1.2.1 Pour un patient adulte

La sortie donne lieu à la remise au malade d'un bulletin de sortie indiquant les dates de son séjour (au malade lui-même ou envoyé à son domicile s'il ne peut venir le chercher) ainsi qu'à la délivrance des certificats médicaux nécessaires à la justification de ses droits et des ordonnances indispensables à la continuation des soins. Le praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et le médecin traitant sont destinataires, à la sortie du patient, d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins, rédigée par le médecin de l'établissement en charge du patient.

La lettre de liaison est également remise au moment de sa sortie, au patient ou avec son accord à la personne de confiance.

En cas de nécessité médicale, une prescription de transport par ambulance ou autre véhicule sanitaire peut être établie par un médecin hospitalier. Lorsque le coût du transport est à la charge du malade, le malade dispose du libre choix de l'entreprise ; la liste complète des entreprises de transport sanitaire agréées du département est tenue à la disposition des malades.

En cas de dépôt à la régie de recettes, le malade ou une personne mandatée par ses soins doit se présenter au cours des heures d'ouverture pour effectuer le retrait de l'argent et/ou des objets de valeur en dépôt soit sur place à la régie soit à la Trésorerie principale de Sotteville les Rouen selon la durée du dépôt.

Le formulaire annexé au livret d'accueil et est destiné à recueillir les appréciations et observations du malade et peut être déposé ou remis à un membre de l'établissement.

### 5.1.2.2 Pour un patient mineur

Une personne exerçant l'autorité parentale est informée de la sortie prochaine du mineur. Elle doit informer la Direction si le mineur devra être confié à une tierce personne expressément autorisée de sa part ; dans ce cas, des pièces justificatives sont exigées à la sortie. Les mêmes règles s'appliquent lors des permissions de sortie en cours d'hospitalisation. Toutefois ces règles ne s'appliquent pas lorsque le mineur s'est opposé à l'information des personnes titulaires de l'autorité parentale et est accompagné lors de sa sortie par une personne majeure de son choix.

### 5.1.3 Cas particuliers

#### 5.1.3.1 Sortie contre avis médical

Si la sortie d'un patient en soins libre est susceptible de présenter un danger pour sa santé, le médecin peut donner un avis défavorable à ce départ. Le malade doit signer une décharge indiquant qu'il souhaite quitter l'établissement contre l'avis médical et en toute connaissance des risques qu'il encourt.

Si le malade refuse de signer la décharge, un procès-verbal de refus signé par deux témoins doit être établi ; celui-ci tient alors lieu de décharge.

Si la sortie contre avis médical est demandée pour un mineur par son représentant légal, et que la sortie prématurée présente un danger pour l'intéressé, le médecin responsable du service, en plus de la procédure de décharge, informe le Directeur de Garde et saisit le Procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance nécessaire. Si elle est demandée par un mineur opposé à l'information des personnes titulaires de l'autorité parentale, elle ne peut intervenir qu'avec l'accompagnement d'une personne majeure, et le médecin responsable saisit aussi le Procureur à la même fin. Le responsable médical présent informe le médecin traitant dans les délais les plus courts de la sortie prématurée du malade. Les modalités de la sortie sont consignées dans le dossier médical.

Pour les mineurs, la décharge doit être signée par ses parents ou par une personne titulaire de l'autorité parentale.

#### 5.1.3.2 Sortie sans avis médical (à l'insu du service)

Si un malade a quitté l'établissement sans prévenir, des recherches sont effectuées dans le service et en périphérie, si possible du pavillon. Si ces recherches demeurent vaines et en accord avec la Direction, le commissariat de police est prévenu si la situation l'exige sur le plan médical ou légal. Dans ces cas, la famille ou le représentant légal du malade sont également informés sans délai. Le médecin traitant est aussi informé de la sortie prématurée du patient. Les modalités de la sortie sont consignées dans le dossier médical.

La sortie à l'insu du service d'un patient peut constituer une situation grave pour lui-même et pour la population. Une procédure interne au CH du Rouvray définit la conduite à tenir par le personnel des unités de soins et le Bureau des entrées. Cette procédure prévoit notamment le signalement à la police après accord du Directeur de garde pour les patients hospitalisés sans consentement, les mineurs et les personnes vulnérables (personne n'étant pas en mesure de se protéger de son état physique ou psychique).

#### 5.1.3.3 La sortie disciplinaire

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

## **6. Dispositions relatives au décès d'un patient**

### **6.1 Attitude à l'approche du décès**

Le patient en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable peut décider de limiter ou d'arrêter tout traitement. Lorsque sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Le médecin respectera la volonté du patient après l'avoir informé des conséquences de son choix. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs. Une convention a été rédigée et signée entre le CH du Rouvray et le CHU Hôpitaux de Rouen concernant l'intervention de l'Equipe Mobile des Soins Palliatifs au sein du Rouvray.

Le patient en fin de vie, sera transporté, avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle. Le malade peut être transporté à son domicile si lui-même ou sa famille en expriment le désir.

La famille ou les proches seront prévenus dès que possible et par tous moyens appropriés de l'aggravation de l'état du malade et du décès de celui-ci. Les proches seront admis à rester auprès de la personne en fin de vie et à l'assister dans ses derniers instants. Ils peuvent prendre leur repas dans l'établissement et y demeurer en dehors des heures de visite.

## **6.2 Information sur le décès**

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

La notification du décès est faite :

- au consulat le plus proche pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France
- à l'autorité militaire compétente pour les militaires ;
- au président du conseil départemental pour les mineurs relevant d'un service départemental d'aide sociale à l'enfance ;
- au Directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne chez laquelle le mineur a son domicile habituel pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger.

## **6.3 Formalités entourant le décès**

Le décès est constaté par un médecin réglementairement habilité dans le cadre de ses fonctions de diagnostic. Le "certificat de décès", établi sur un document officiel est transmis au Bureau des entrées. Conformément à l'article 80 du Code Civil, les décès sont inscrits sur un registre spécial, disponible au Bureau des entrées. Une copie en est transmise dans les 24h au bureau d'Etat civil de la mairie par les pompes funèbres en charge du corps

## **6.4 Gestion des objets du défunt**

Lorsque des mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au défunt sont incinérés par mesure d'hygiène. Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants droits qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur de ces objets et effets. Les objets de valeurs du patient doivent faire l'objet d'un inventaire signé par deux soignants et remis au coffre des dépôts.

## **6.5 Don du corps à la science**

Une personne peut avoir fait don de son corps au bénéfice d'un établissement d'enseignement et de recherche (Faculté de Médecine). Ce don ne peut être accepté que si la personne décédée en a fait la déclaration écrite, datée et signée de sa main, auprès de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rouen.

## **6.6 Liberté des funérailles et dispositions testamentaires**

Le droit d'organiser librement ses funérailles et de choisir son mode de sépulture est une liberté fondamentale de l'individu qui peut l'exercer soit en consignant ses volontés dans un testament ou en souscrivant un contrat d'obsèques.

Les malades peuvent demander au notaire de leur choix de venir sur le site hospitalier pour y recueillir à leur chevet leurs dernières volontés (au besoin, le personnel du service peut servir de témoin).

Les malades peuvent aussi faire des dons ou léguer tout ou partie de leurs biens au CH du Rouvray, en assortissant ces libéralités, le cas échéant, de conditions qui seront strictement respectées. Par contre, les administrateurs, médecins et agents ne peuvent bénéficier de telles libéralités en leur faveur par des personnes hospitalisées. Il en est de même pour les médecins, et pharmaciens, ayant traité une personne pendant la maladie cause de son décès.

## **6.7 Préparation du corps dans l'unité**

Lors du décès médicalement constaté, il est procédé à la toilette et à l'habillage du défunt, conformément au protocole institutionnel. Un kit décès est à disposition des équipes soignantes. Deux membres de l'équipe soignante sont chargés de dresser l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs... qu'il avait en sa possession. Cet inventaire est dressé en présence d'au moins un témoin et si possible deux. Il est inscrit sur un registre ou carnet spécial, paginé, tenu dans chaque service. L'inventaire, mentionné à l'alinéa précédent, est signé par le cadre soignant ou l'infirmier(e) et le témoin, puis remis dans les 24h avec les objets qui y figurent, soigneusement enveloppés, dans des sacs prévus à cet effet, au régisseur des dépôts. Aucun de ces objets ne peut être remis directement par le personnel aux ayants droit du malade ou aux proches du malade. Le régisseur de dépôt ne peut prendre en compte que les objets de valeur : bijoux, argent, carte bleue, chéquiers. Les espèces, valeurs et bijoux sont immédiatement remis au comptable de l'établissement qui les restitue aux ayants droit.

En cas de non observation de ces règles, l'agent engage sa responsabilité et celle de l'hôpital. La dévolution des sommes d'argent, valeurs, bijoux et de tout objet laissés par le défunt est opérée dans les conditions prévues par le code civil, l'article L 1113 – 6 du Code de la Santé Publique. Le corps est ensuite retiré par les pompes funèbres générale et il ne peut être transféré hors de l'établissement qu'avec les autorisations exigées par les lois et règlements. Dans la mesure où les circonstances le permettent, la famille a accès auprès du défunt avant que le corps ne soit déposé dans la chambre mortuaire.

## **6.8 Dans le cadre d'un obstacle médico-légal**

Dans les cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un patient, le Directeur des usagers, de la qualité et des affaires juridiques, son représentant ou l'Administrateur de garde, prévenu par le médecin, avise l'autorité judiciaire. Le médecin doit ensuite signifier un obstacle médico-légal.



Dès que le décès est constaté médicalement, aucun acte ni geste ne doit être accompli par le personnel hospitalier sur le corps, les éventuels traces et indices doivent être préservés (nonobstant les opérations de secours qui ont pu être engagées).

Par ailleurs, la famille ou les proches ne peuvent visiter le corps du défunt qu'une fois l'obstacle médico-légal levé.

## 6.9 Organisation des opérations funéraires et transport du corps

Le CH du Rouvray ne possédant pas de chambre mortuaire, la famille sera contactée en premier lieu pour organiser les opérations funéraires. Si la famille est joignable, elle pourra contacter les pompes funèbres de son choix pour organiser le transport du corps avant mise en bière. Si la famille n'est pas joignable, le CH du Rouvray contactera les Pompes Funèbres Générales de Sotteville-Lès-Rouen afin de retirer le corps du défunt.

- Transport du corps sans mise en bière

Pour un décès à l'hôpital, la famille peut demander le transfert du corps dans les **24h** au domicile du défunt ou d'un proche ou encore dans une chambre funéraire privée. Le transport ne peut se faire que par l'entreprise des pompes funèbres (entreprise qui doit être agréée par la Préfecture), après déclaration préalable en Mairie. Les frais sont à la charge de la famille.

- Le transport doit être achevé au plus tard dans les 24h qui suivent le décès et le trajet ne doit pas excéder 200 km. Si le corps a reçu des soins de conservation, le délai est porté à 48h et la condition de distance est supprimée.
  - Si l'établissement prend la décision du transfert du corps, c'est à lui de prendre en charge les frais de transport et les trois premiers jours de séjour. Le Directeur de l'établissement doit préciser qu'il lui a été impossible de joindre ou de retrouver un membre de la famille (Circulaire n°99-18 du 14 Janvier 1999). Le corps d'une personne décédée ne peut être admis dans une chambre funéraire que sur production d'un certificat médical attestant que le décès n'a pas été causé par l'une des maladies contagieuses définies par l'arrêté du 20 Juillet 1998.
  - Le transport vers une chambre funéraire ne peut avoir lieu que s'il a été autorisé par le Maire de la commune du lieu de décès. Il ne peut être effectué que dans un véhicule approprié. Le Directeur de l'établissement qui autorise le transport de corps d'une personne décédée dans son établissement vers une chambre funéraire doit attendre un délai de 10h à compter du décès avant de délivrer une autorisation. Passé le délai de 10h, si l'établissement n'a pas pu joindre la famille ou le tuteur, l'organisation du transport de corps se fait avec les Pompes Funèbres Générales de Sotteville les Rouen, Avenue du 14 Juillet.
  - La famille choisit librement la société funéraire qu'elle charge du transport du corps sans mise en bière. Les transports de résidence sont assurés par des véhicules agréés à cet effet. Lorsque le corps n'a pas subi de soins conservatoires, les opérations de transport sont achevées dans un délai maximum de 24h à compter du décès.
- Transfert en chambre funéraire :

L'admission en chambre funéraire intervient dans un délai de 24h à compter du décès. Elle a lieu sur la demande écrite de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile. Cette demande doit être accompagnée d'un extrait du certificat attestant que le décès n'a pas été causé par l'une des maladies contagieuses qui obligent une mise en bière immédiate. Si le corps doit être transporté vers

une chambre funéraire située hors de la commune, la personne ayant demandé l'admission en chambre funéraire doit solliciter une autorisation préalable de transport auprès du Maire.

- Transport du corps après mise en bière

Cette procédure est exceptionnelle et sur demande expresse de la famille ou pour des raisons médicales.

Avant son inhumation ou sa crémation, le corps d'une personne décédée doit être mise en bière. La fermeture du cercueil doit être autorisée par l'officier d'état civil du lieu de décès. L'autorisation ne peut être délivrée qu'au vu d'un certificat médical attestant du décès et du fait que celui-ci ne pose pas de problème médico-légal.

Si le corps est transporté dans un lieu différent de la commune où la fermeture du cercueil a eu lieu :

- L'autorisation de transport est donnée par le Maire de la commune de fermeture du cercueil, si la commune de destination se situe à l'intérieur de territoire métropolitain ou dans un département d'outre-mer ;
- L'autorisation est donnée par le Préfet du département où a eu lieu la fermeture du cercueil dans les autres cas. Le transport du corps après mise en bière ne peut être effectuée que par un service ou une entreprise de pompes funèbres agréées, que la famille choisit librement.

## 7. Dispositions financières

### 7.1 Frais de séjours hospitalier

#### **7.1.1 Régime d'hospitalisation**

Il existe 2 régimes d'hospitalisation :

- **le régime commun** est applicable aux patients séjournant en chambre à plusieurs lits ou en chambre seule pour des raisons médicales.

Lorsque l'état du patient requiert son isolement, il y est admis dans les meilleurs délais, tout en demeurant placé sous le régime commun. Les tarifs de prestations du régime commun servent de base à la facturation des frais d'hospitalisation, cela au titre du ticket modérateur pour les patients assurés sociaux ou intégralement pour les non assurés sociaux ou les assurés sociaux étrangers (conventions internationales).

- **le régime particulier**, appliqué aux malades demandant à disposer d'une chambre répondant à certains critères de confort (chambre seule avec sanitaire).

L'établissement informe le patient du prix de ces prestations à l'entrée du patient et son consentement est obligatoire. L'accord du patient (ou si l'état de santé du patient ne lui permet pas de formuler lui-même son accord, un membre de sa famille, son accompagnant, tuteur/tutrice ou association tutélaire pour les patients sous mesure de protection) est formulé par écrit.

### 7.1.2 Tarif des prestations

Les frais de séjour résultent de l'application de tarifs de prestations représentant le coût d'une journée d'hospitalisation. Le tarif est fixé par l'Agence Régionale de Santé, facturable et facturé pour toute journée d'hospitalisation au patient ou à un tiers payeur .

Les frais d'hospitalisation sont facturables par journée de présence du malade dans l'hôpital :

- En hospitalisation complète, sont pris en compte : le jour d'entrée quelle que soit l'heure d'arrivée du malade, conformément à la règle de " présence à minuit ", le jour du décès, la journée d'hospitalisation d'un malade entré et sorti le même jour si le patient a occupé un lit dans une discipline d'hospitalisation.

Ne sont pas pris en compte : le jour de sortie, les permissions de sortie (autorisations d'absence comprises entre 12 heures et 48 heures consécutives.

- En hospitalisation partielle : les journées d'hospitalisation de jour ou de nuit font l'objet de tarifs de prestations spécifiques.

### 7.1.3 Forfait journalier

Le forfait journalier hospitalier (FJH) est une participation forfaitaire, fixé par arrêté interministériel, mise à la charge des patients hospitalisés ; en pratique, son montant intègre des frais liés à l'hébergement correspondant à des frais hôteliers liés à la présence des patients (alimentation par exemple) et à des coûts fixes tels que le chauffage, la lingerie, l'entretien des équipements....Il est facturable du jour d'entrée du patient au jour de sortie inclus, quelle que soit l'heure de sortie<sup>1</sup> (circulaire du 26 août 1993), sauf dans certains cas : permission de sortie, décès.

Le FJH peut être pris en charge par l'assurance maladie dans les cas suivants :

- enfants et adolescents handicapés hospitalisés dans les établissements sanitaires en raison de leur handicap, dès lors qu'ils sont reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées ;
- victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles : la prise en charge du forfait journalier est limitée aux cas d'hospitalisation imputables à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle. Le fait d'être titulaire d'une rente d'incapacité permanente de travail ne conduit donc pas nécessairement à l'exonération du forfait journalier<sup>2</sup> ;
- bénéficiaires de l'assurance maternité (femme enceinte hospitalisée pendant les quatre derniers mois de la grossesse, pour l'accouchement et pendant les douze jours suivant l'accouchement)<sup>2</sup>.

L'assurance maladie prend également en charge le forfait journalier hospitalier des bénéficiaires de l'article L. 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, qu'ils soient assurés ou ayants droit ;

Par ailleurs, le forfait journalier est pris en charge par la CMU complémentaire et l'aide médicale Etat, pour ceux qui en bénéficient.

Le forfait journalier peut être pris en charge, en tout ou partie, par le régime local d'assurance maladie dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

#### **7.1.4 Paiement des frais de séjours**

Lors de l'admission, si les frais de séjour ne peuvent être pris en charge par un organisme tiers, le service facturation en informe l'assistante sociale de l'UNACOR ou du service d'hospitalisation du patient. Lors du séjour hospitalier une facture est envoyée mensuellement au domicile du patient.

#### **7.1.5 Dispositions particulières et intervention du service social**

Dans les cas d'absence de droit ( non inscrit à la sécurité social, patient étrangers, pas d'adhésion à une mutuelle, etc...) un membre du service social peut intervenir pour trouver une solution concernant la prise en charge des frais de séjour du patient. Le service social mettra tout en œuvre afin de trouver une solution adéquat à la situation administrative du patient.

Néanmoins, si l'assistante sociale en charge du dossier, ne trouve pas de solution pour que le séjour soit honoré, il existe au sein du CH du Rouvray la possibilité de faire une demande de recours gracieux. Cette solution est à mettre en œuvre si aucune solution n'a pu être trouvée par le service social. Le dossier est présenté en commission par l'assistante sociale qui l'a constitué. Cette commission est constitué de la Coordinatrice du service social, du gestionnaire de pole et de l'adjoint des cadres aux service des frais de séjour. Cette commission statue au cas par cas.

#### **7.1.6 Prestation fournies aux accompagnants**

Les frais d'hébergement et de repas engagés par l'hôpital pour les personnes accompagnant les malades hospitalisés sont facturables sur la base d'un tarif forfaitaire fixé annuellement.

## **8. Dispositions relatives aux personnels**

### **8.1 Règles fondées sur le respect du malade**

#### **8.1.1 Devoir d'information du public**

Les personnels hospitaliers répondent aux demandes d'information des usagers dans le respect des règles énoncées dans les deux rubriques suivantes. Ils participent ainsi à la transparence des décisions et des dossiers.

#### **8.1.2 Secret professionnel**

Institué dans l'intérêt des malades, qui ont droit au respect de leur vie privée et du secret des informations les concernant, le secret professionnel s'impose à tous, étant précisé que les informations concernant une personne prise en charge par une équipe de soins dans un établissement hospitalier sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe. Le partage entre professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne, requiert son consentement préalable. La violation du secret professionnel est passible de sanctions non seulement disciplinaires mais aussi pénales. Certes, le secret professionnel ne s'applique pas dans les cas de révélation obligatoire prévus par les lois et règlements (A titre d'exemples : Article 56 (naissance) et article 80 (décès) du Code Civil; Article L 3113-1 du CSP (certaines maladies

contagieuses) ; Article L 3812-2 du CSP (maladies sexuellement transmissibles) ; Articles L 441-6 (accident du travail), L 461-5 et L 461-6 (maladie professionnelle) du Code de la Sécurité sociale; Articles L 3212-1 et L 3213-1 du CSP (maladie mentale nécessitant une hospitalisation) ; Article L.2132-2 du CSP (surveillance sanitaire des enfants en bas âge).

L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret :

- A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;
- Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;
- Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 du présent code, lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République ;
- Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi.

### 8.1.3 Obligation de discrétion professionnelle

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les agents hospitaliers sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle sur tous les faits et informations dont ils ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions. Le secret couvre tout ce qui leur a été confié, mais également ce qu'il ont vu, entendu ou compris. Cette obligation s'applique également aux propos qui peuvent être tenus sur les réseaux sociaux.

En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les personnels ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de la Direction Générale. Ces dispositions s'appliquent notamment à l'égard des journalistes, agents d'assurance et démarcheurs.

La législation en vigueur en matière de protection des lanceurs d'alerte s'applique également.

#### **8.1.4 Devoir général de réserve : respect de la liberté de conscience et d'opinion**

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

La liberté de conscience et d'opinion est rigoureusement respectée. Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les malades ou sur leurs familles. Aucune marque extérieure d'appartenance religieuse ou politique n'est acceptée sur les lieux de travail.

Le droit syndical des personnels de l'hôpital s'exerce conformément à la réglementation en vigueur et au regard de la liberté d'expression, en tenant compte des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis des usagers. La liberté d'opinion des agents investis d'un mandat syndical est étroitement liée au principe de non-discrimination. La liberté d'expression est plus large pour les représentants syndicaux que celle octroyée à tous les agents de l'établissement avec une obligation de réserve assouplie. Toutefois, l'exercice du droit syndical doit se concilier avec le respect du devoir de réserve notamment.

#### **8.1.5 Respect du confort des malades**

Les personnels s'efforcent, sans distinction de grade ou de fonctions, d'assurer au mieux le confort physique et moral des malades dont ils ont la charge. D'une manière générale, ils prennent toutes dispositions, dans l'exercice de leurs fonctions, pour contribuer personnellement au climat de sécurité, de calme indispensables au sein de locaux hospitaliers.

Le soulagement de la souffrance des malades doit être une préoccupation constante de tous les personnels.

#### **8.1.6 Posture professionnelle**

Chaque professionnel doit faire preuve de respect à l'égard de tous (usagers, personnels de l'établissement...), tant dans sa présentation que dans son expression verbale.

#### **8.1.7 Caractère obligatoire du port de la tenue des professionnels**

Les tenues des professionnels des services de soins font partie des règles d'hygiène de base. Le port de la tenue permet de limiter le risque infectieux lié à la transmission des micro-organismes.

Ainsi, elle permet de protéger le patient et le personnel soignant notamment lors des soins d'hygiène et lors de tout soin souillant.

En raison, notamment, de l'obligation d'assurer aux fonctionnaires, durant leur travail, des conditions d'hygiène et de sécurité de nature à préserver leur santé et leur intégrité physique, le CH du Rouvray fournit des tenues professionnelles. Le port de ces tenues, contribuant au respect des règles d'hygiène de base, limitant notamment pour les agents et les patients le risque infectieux est, en conséquence, obligatoire.

Une tenue spécifique est délivrée aux agents en fonction de leur activité professionnelle.

### **8.1.8 Identification vis-à-vis des interlocuteurs**

Afin de se faire connaître aux usagers et sauf exceptions décidées par le Directeur Général, les personnels de l'hôpital portent des tenues ou des badges fournis par l'établissement qui sont adaptés à leurs emplois et secteurs d'activité et qui mettent en évidence, pendant l'exécution de leur service, leur nom, leur prénom et leur qualité.

### **8.1.9 Accueil et respect du libre choix des familles**

L'accueil et l'information des familles s'effectuent avec tact et ménagement, en toute circonstance. Sous peine de sanctions, le libre choix des familles est rigoureusement respecté lorsque celles-ci désirent faire appel à une entreprise de transport sanitaire ou à un opérateur funéraire ; les listes des entreprises agréées par la Préfecture sont mises à leur disposition. De même les personnels de l'hôpital s'abstiennent de servir d'intermédiaire pour des associations ou entreprises proposant la mise à disposition de produits de santé.

## **8.2 Autres règles de comportement professionnel**

### **8.2.1 Obligation de désintéressement, obligation de déclaration d'intérêts**

Les personnels de l'hôpital ne peuvent prendre, par eux-mêmes ou par personnes interposées, des intérêts dans une entreprise en relation avec le CH du Rouvray qui soient de nature à compromettre leur indépendance. S'ils ont un intérêt direct ou indirect dans le fonctionnement d'une telle entreprise, ils doivent en informer l'Administration pour lui permettre de gérer le risque de conflit d'intérêts, dès lors qu'ils participent au sein de l'hôpital à des activités susceptibles de les mettre en relation directe ou indirecte avec cette entreprise ou s'ils sont impliqués dans la mise en œuvre d'une procédure d'achat dans le secteur d'activité de cette entreprise. Sont applicables dans ce domaine des sanctions non seulement disciplinaires mais pénales.

### **8.2.2 Interdiction d'exercer en parallèle une activité privée lucrative (principe d'interdiction de cumul d'emploi)**

Les personnels de l'hôpital sont tenus de se consacrer à leur fonction. Il leur est interdit d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative, de quelque nature qu'elle soit, même à temps partiel. Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par la réglementation générale sur les cumuls d'emplois ou de rémunération notamment au titre des activités accessoires (notamment missions d'enseignement, d'expertise, production d'œuvres scientifiques, littéraires ou artistiques), ainsi que sur l'activité libérale des praticiens hospitaliers temps plein. En fonction des activités, les personnels doivent soit demander une autorisation d'exercice, soit en informer préalablement l'employeur. Leur exercice, le cas échéant, ne peut en aucun cas perturber ou contrecarrer le fonctionnement normal du service.

### **8.2.3 Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou espèces**

Il est interdit aux personnels de l'hôpital de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces, provenant d'entreprises qui assurent des prestations, produisent ou commercialisent des produits pris en charge par les régimes de Sécurité Sociale.

Les agents ne peuvent accepter des malades ou de leurs familles aucune rémunération ni pourboire lié à l'exécution de leur service.

L'obligation de probité impose au fonctionnaire de ne pas utiliser ses fonctions pour en tirer un profit personnel

### **8.2.4 Interdiction de consommer ou d'introduire de l'alcool sur le lieu de travail**

Il est interdit aux personnels de l'hôpital d'introduire et de consommer de l'alcool sur le lieu de travail sauf sur demande motivée et autorisation de la Direction.

Les agents ne doivent pas se présenter sur leur lieu de travail dans un état d'ébriété ou de conscience altérée du fait de la consommation d'alcool ou de produits psychotropes. Ces faits sont passibles de sanctions disciplinaires. L'employeur est en droit de réaliser des éthylotests pour des agents présentant des signes manifestes d'ébriété, dans le but de faire cesser immédiatement la situation et préserver ainsi la sécurité des personnels et des patients.

### **8.2.5 Exécutions des instructions reçues**

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

Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent. Le caractère de service public hospitalier justifie, en cas de grève, le recours au service minimum dégagé par la jurisprudence. Le Directeur a le droit d'assigner au service des agents indispensables à la continuité des activités et au bon fonctionnement du service public hospitalier, selon les règles en vigueur établies après concertation avec les organisations syndicales.

### **8.2.6 Assiduité et ponctualité**

Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions au sein de l'hôpital avec l'assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement du service public hospitalier ; il respecte ses horaires de travail établis en application des dispositions fixées au niveau national et fixés par tableaux de services.

### **8.2.7 Information du supérieur hiérarchique**

Tout agent avise son supérieur hiérarchique, dans les meilleurs délais, des situations le plaçant dans l'impossibilité d'assurer une vacation de travail planifiée ainsi que des incidents de toute nature dont il a connaissance à l'occasion de son service. De même, tout agent amené à conduire un véhicule de l'Administration dans le cadre de ses fonctions doit obligatoirement



et immédiatement informer son supérieur hiérarchique de toute mesure de suspension ou d'annulation du permis de conduire dont il peut être l'objet.

### **8.2.8 Obligation de signalement des incidents ou risques**

Tout agent doit déclarer immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou à un produit mentionné à l'article R. 5121-150 du code de la santé publique, dont il a connaissance, au centre régional de pharmacovigilance.

Tout agent qui a connaissance d'un événement indésirable concernant tout secteur de la vie hospitalière est tenu de le signaler. Il adresse son signalement selon les procédures définies et, en l'absence de toute autre procédure de signalement spécifique à l'événement déclaré, à la Direction.

### **8.2.9 Témoignages en justice ou auprès de la police**

Lorsqu'ils sont appelés à témoigner en justice ou auprès des autorités de police sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service, les personnels préviennent le Directeur et l'informent des suites à l'issue de leur audition.

### **8.2.10 Bon usage des biens de l'hôpital**

Les membres du personnel veillent à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à leur disposition par le CH du Rouvray. L'hôpital est amené à exiger un remboursement en cas de dégradation volontaire.

### **8.2.11 Obligation de déposer les biens confiés par un patient ou trouvés au sein du site**

Aucun agent hospitalier ne doit conserver par-devers lui des objets, documents ou valeurs qui lui seraient confiés exceptionnellement par des malades. Ces biens (argent, bijoux, etc..) sont déposés sans délai auprès du régisseur de l'établissement dans un coffre destiné à cet usage. Tout bien découvert ou trouvé au sein de l'hôpital est directement remis au secrétariat de la Direction des Ressources Matérielles, pour en organiser l'information, la conservation et en assurer la restitution.

### **8.2.12 Respect des règles d'hygiène et de sécurité**

Les personnels de l'hôpital observent strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service. Ils doivent notamment à cet effet porter en présence des patients les tenues fournies par l'établissement et respecter l'interdiction de fumer. Ils ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer l'hygiène et la sécurité générale de l'établissement et de ses usagers ; ils se soumettent aux mesures de surveillance de leur état de santé et de prévention des risques professionnels qui sont organisées sur les lieux de travail en fonction de leurs emplois (visite médicale périodique, mesures spécifiques à certains postes de travail). Un membre du personnel peut se retirer d'une situation de travail présentant à son avis un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé sous réserve de ne pas créer pour autrui une nouvelle situation de risque grave et imminent et d'en informer la Direction.

Toute activité de soins nécessitant des conditions d'hygiène particulières entraîne le retrait des bijoux. De plus, les agents doivent veiller à leur hygiène capillaire (ex : cheveux attachés...). Le port des tenues professionnelles est interdit au self.

### 8.2.13 Interdiction de diffuser des propos injurieux ou diffamatoires sur les réseaux sociaux

En cas de publication de propos diffamatoires et/ou d'injures contre l'établissement ou envers un personnel sur un réseau social, l'internaute pourra être condamné jusqu'à 45 000 euros d'amende et un an d'emprisonnement<sup>5</sup>.

#### 8.2.13.1 Obligation de répondre aux convocations des autorités de police et de justice

Les professionnels de santé doivent concourir au bon fonctionnement de la justice et répondre à la demande d'audition émanant des Services de Police ou de Gendarmerie.

## 8.3 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 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.

Il 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.

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.

#### 8.3.1 Définitions

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.

#### 8.3.2 Périmètre 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

---

<sup>5</sup>Charte d'utilisation des réseaux sociaux en annexe 10

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 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.

### 8.3.3 Sanctions

La violation des dispositions précisées ci-dessous, 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.

### 8.3.4 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 (DAGSIF) via un ticket hotline disponible sur la page d'accueil de l'intranet. 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 DAGSIF.

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.

### 8.3.5 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 DAGSIF 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.

### 8.3.6 Règles de sécurité et de bon usage

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 de l'établissement. 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
- à 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-supp ou touche windows+L) 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.

## 8.4 Droit du personnel

Les agents bénéficient, pour l'essentiel, des mêmes libertés publiques que les autres citoyens. Le comportement et les propos de chacun au sein de l'établissement doivent être adaptés aux principes élémentaires de civilité qui régissent les relations sociales.

### 8.4.1 Liberté d'opinion, de non-discrimination

La liberté d'opinion est garantie aux fonctionnaires. Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les fonctionnaires en raison de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, de leur origine, de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur apparence physique, de leur handicap ou de leur appartenance ou de leur non appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie ou une race.

Toutefois des distinctions peuvent être faites afin de tenir compte d'éventuelles inaptitudes physiques à exercer certaines fonctions. Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les fonctionnaires en raison de leur sexe.

La carrière d'un fonctionnaire candidat ou élu ne saurait être affectée par les votes ou opinions émis au cours de leur campagne électorale ou de leur mandat. De même, la carrière des fonctionnaires siégeant, à un autre titre que celui de représentants d'une collectivité publique, au sein d'une institution prévue par la loi ou d'un organisme consultatif placé auprès des pouvoirs publics ne saurait être influencée par les positions qu'ils y ont prises.

### 8.4.2 Protection contre le harcèlement

Aucun agent ne doit subir les agissements répétés de harcèlement qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses

droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel.

Les agents qui auront relaté ou témoigné sont également protégés.

#### **8.4.3 Liberté d'expression**

La liberté d'expression est garantie au fonctionnaire, dans le respect d'une part de l'obligation de stricte neutralité, d'autre part du devoir de réserve. A ce titre les agents du CHR seront particulièrement prudents dans l'utilisations des réseaux sociaux.

#### **8.4.4 Liberté syndicales et droit de grève**

Le droit syndical est garanti aux fonctionnaires. Les intéressés peuvent librement créer des organisations syndicales, y adhérer et y exercer des mandats. Les fonctionnaires exercent le droit de grève dans le cadre des lois qui le réglementent.

#### **8.4.5 Protection organisée des agents**

Les agents bénéficient, à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection organisée par l'établissement dont ils dépendent, conformément aux règles fixées par le code pénal et les lois spéciales.

Lorsqu'un agent a été poursuivi par un tiers pour faute de service et que le conflit d'attribution n'a pas été élevé, l'établissement doit, dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'est pas imputable à cet agent, le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui.

L'établissement est tenu de protéger les agents contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions, et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté. Ils peuvent solliciter la protection fonctionnelle auprès de l'administration.

#### **8.4.6 Droit d'accès à son dossier administratif**

Tout agent a accès à son dossier individuel dans les conditions définies par la loi. Les demandes doivent être adressées au Directeur Général.

#### **8.4.7 Disposition relatives à l'organisation du temps de travail**

Au sein du CH du Rouvray, les diverses dispositions prises relativement au temps de travail et aux droits afférents sont rassemblées dans un guide de gestion du temps de travail disponible auprès de la Direction des Ressources Humaines et sur la gestion documentaire (Apta-YES sur intranet).

#### **8.4.8 Hygiène et sécurité des conditions de travail**

Des conditions d'hygiène et de sécurité de nature à préserver leur santé et leur intégrité physique sont assurées aux agents durant leur travail.

#### **8.4.9 Droit à la formation**

Le droit à la Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie (FPTLV) est reconnu aux agents, selon les conditions et modalités définies par Décret. Ceux-ci peuvent être tenus de suivre des actions de formation professionnelle dans les conditions fixées par les statuts particuliers.

Sans préjudice des actions de formation professionnelle prévues par les statuts particuliers, tout agent bénéficie chaque année, en fonction de son temps de travail, d'un droit individuel à la formation. Ce droit est mis en œuvre à l'initiative de l'agent en accord avec son administration. Celle-ci prend en charge les frais de formation.

Par ailleurs, les professionnels de santé doivent participer à un programme de développement professionnel continu collectif, annuel ou pluriannuel. Ce dispositif a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Le CH du Rouvray s'organise pour permettre aux professionnels de santé concernés de satisfaire à cette obligation.

Les agents bénéficient d'un crédit annuel d'heures de formation professionnelle, appelé compte personnel de formation (CPF). Ces heures sont mobilisables à leur initiative. Elles permettent d'accomplir des formations visant l'acquisition d'un diplôme ou le développement de compétences dans le cadre d'un projet d'évolution professionnelle (mobilité, promotion, reconversion professionnelle).

Les fonctionnaires peuvent également bénéficier de périodes de professionnalisation comportant des actions de formation en alternance et leur permettant soit d'exercer de nouvelles fonctions au sein d'un même corps ou cadre d'emplois, soit d'accéder à un autre corps ou cadre d'emplois.

## **9. Institut de Formation en Soins Infirmiers**

### **9.1 Présentation**

Construit en 1972 pour répondre aux besoins de formation des infirmiers-ères de secteur psychiatrique dont avait besoin le Centre Hospitalier spécialisé du Rouvray, l'adossement actuel de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers au Centre Hospitalier du Rouvray est la résultante d'une fructueuse complémentarité avec les lieux de soins et d'une dynamique constante de formation de professionnels soignants de qualité.

En 1992, les formations d'infirmiers-ères de secteur psychiatrique et d'infirmiers-ères diplômés(ées) d'état font l'objet d'une réingénierie et sont fusionnées en une seule : la formation conduisant au diplôme d'état d'infirmier-ère. Ce diplôme mis en œuvre par le décret du 23 mars 1992 signe la polyvalence d'exercice dans les structures de soins de France et d'Europe en référence aux accords de Bologne.

L'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) reconstruit en 2015 s'intègre dans le parc du centre Hospitalier du Rouvray. C'est l'institut de formation en soins de la rive gauche de l'agglomération rouennaise, pendant des deux autres instituts de l'agglomération que sont : l'ERFPS du CHU et la Croix Rouge Française.

Cent huit (108) étudiants(es) par promotion comme le prévoit le quota régional qui est attribué, viennent se former à l'art et à la science des soins infirmiers au rythme d'une rentrée par an, en février. Ce sont 324 étudiants auxquels l'institut doit fournir, dans le même temps, une réponse de formation adaptée au référentiel.

L'équipe chargée de cette mission est composée d'une directrice et de son adjointe, de dix-sept formateurs(trices), assistés(ées) d'une documentaliste et de son adjointe ainsi que

de trois secrétaires. Elle se mobilise pour mettre en œuvre un projet pédagogique entièrement révisé depuis la publication du référentiel de formation défini par l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'état d'infirmier, modifié par l'arrêté du 02 juillet 2011. Ce projet constitue le fil conducteur des trois années de formation et le cadre de la pratique quotidienne de l'institut. Régulièrement évalué et réajusté, il doit s'inscrire dans une dynamique évolutive et d'ouverture sur le monde médical, médico-social, sur la société et ses évolutions.

L'arrêté du 31 juillet 2009 a consacré l'articulation entre les terrains de stage, l'université et les instituts de formation en soins infirmiers. S'il est dévolu aux IFSI une mission d'ingénierie de la formation et de dispensation d'enseignements théoriques relatifs aux soins infirmiers, il incombe également aux IFSI de coordonner les actions des trois partenaires auprès des étudiants afin de former des professionnels compétents, capables de répondre aux besoins des patients et de participer à la réponse aux enjeux de santé publique.

## **9.2 Centre de documentation, d'information et bibliothèque médicale : des ressources documentaires et scientifiques en sante et santé mentale**

Le CDI-BM regroupe la Bibliothèque Médicale du Centre Hospitalier du Rouvray et le Centre de Documentation de l'IFSI.

La Bibliothèque Médicale est spécialisée en psychiatrie. Elle est riche de plus de 7000 ouvrages et d'une centaine de revues. Le Centre de Documentation de l'IFSI possède plus de 1500 ouvrages et de nombreuses revues destinés à compléter et soutenir les études en soins infirmiers.

Ces deux fonds sont ouverts à tout le personnel de l'hôpital et aux étudiants et formateurs de l'IFSI.

Un seul lieu accueille le public. Situé au rez-de-chaussée de l'IFSI, il est ouvert du lundi au jeudi de 8h à 17h30 (vendredi fermeture à 16h30), en dehors des périodes de congés.

Une salle informatique permet d'accéder aux abonnements en ligne souscrits par le CDI-BM pour l'année en cours. Ces abonnements sont ciblés sur les études en soins infirmiers, la psychiatrie et la psychologie.

Le CDI-BM produit également un Bulletin de mensuel de documentation sur la santé mentale, l'actualité médicale et paramédicale.

Pour les usagers du CDI-BM, il existe un service spécifique de demande d'articles. Un service de prêt interbibliothèques est également possible sur demande.

Le CDI-BM est membre du GIP ASCODOCPSY et du Réseau National des Documentalistes Hospitaliers.

## 10. Références législatives

- Code :
  - Code de procédure pénale
  - Code de la Santé Publique
  - Code civil
  - Code de la Sécurité Sociale
  - Code électoral
  - Code du CGCT relatif au don du corps à la science
  - Code pénal
  - Code de déontologie médicale
  - Code du travail
  
- Décret :
  - Décret n°2005-213 du 02/03/2005 relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
  - Décret n°2003-462 du 21/05/2003 relatif aux dispositions règlementaires des parties I, II et III du code de la santé publique
  - Décret n°86-660 du 19/03/1986 relatif à l'exercice du droit syndical dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière
  - Décret 2007-658 du 02/05/2007 relatif au cumul d'activités des fonctionnaires..
  - Décret 2002-9 du 04/01/2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière
  
- Loi :
  - Loi n°2002-303 du 04/03/2002 sur les droits des usagers et la qualité du système de santé
  - Loi de modernisation du système de santé du 26/01/2016
  - Loi n°2016-87 du 02/02/2016
  - Loi n°78-17 du 06/01/1978 modifiée (notamment par la loi n°2004-801 du 06/08/2004)
  - Loi n°98-657 du 29/07/1998
  - Loi n°2010-1192 du 11/10/2010 relative à l'identification de la personne
  - Loi 87-588 du 30/07/1987
  - Loi n°83-634 du 13/07/1983 relatif au devoir d'information public
  - Loi n°86-33 du 09/01/1986
  - Loi du 29/07/1881 sur la liberté de la presse
  - Loi n°2002/224 du 21/02/2007
  - Loi n°2009-879 du 21/07/2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
  - Loi n°2007-148 du 02/02/2007
  
- Arrêté :
  - Arrêté du 25/06/1980 modifié relatif aux ERP (dispositions générales)
  - Arrêté du 10/12/2004 relatif aux ERP de type U (établissements de soins – dispositifs particuliers)



- Circulaire :
  - Circulaire DHOS/G/2005/57 du 02/02/2005 relative à la laïcité
  - Circulaire DSS/SDAS/2B n°97-739 du 21/11/1997 relative à la prise en charge par la Sécurité Sociale
  - Circulaire DH/AF/DGS/SP2/DAS/RV3 n°736 du 17/12/1998
  - Circulaire DHOS/SDE/E1 n°2004-471 du 04/10/2004 (convention type)
  - Circulaire DH/EMI n°40 du 09/10/1995
  
- Ordonnance et note d'information :
  - Ordonnance n°82-272 du 26/03/1982 (personnels non médicaux)
  - Une note d'information n° DSS/1A/DGOS/R2/2018/80 du Ministère des solidarités et de la santé et du Ministère de l'action et des comptes publics parue au mois de mars 2018 et applicable depuis le 1er octobre 2018, relative à la mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS pour 2017 précise les modalités de prise en charge des transports

## 11. Glossaire

AME : Aide Médicale d'Etat  
ARIPCHR : Association Recherches Informations en Psychologie du CHR  
ARS : Agence Régionale de Santé  
ARTAAS : Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Agresions Sexuelles  
ASE : Aide Sociale à l'Enfance  
ATMP : Association Tutélaire des Majeurs Protégés  
BM : Bibliothèque Médicale  
CADA : Commission d'Accès aux Documents Administratifs  
CARE : Comité d'Aide à la Réflexion Ethique  
CASP : Centra d'Accueil en Soins Psychiatriques  
CAT : Conduite à Tenir  
CCPPRB : Comité Consultatif de Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale  
CDI : Centre de Documentation et d'Information  
CDSP : Commission Départemental des Soins Psychiatriques  
CDU : Commission Des Usagers  
CGRAS : Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins  
CH : Centre Hospitalier  
CHR : Centre hospitalier du Rouvray  
CHSCT : Comité Hygiène et Sécurité des Conditions de Travail  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CLAN : Comité de Liaison Alimentation-Nutrition  
CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales  
CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur  
CME : Comité Médical d'Etablissement  
CMP : Centre Médico Psychologique  
CMU : Couverture Maladie Universelle  
CNI : Carte Nationale d'Identité  
CNIL : Commission Nationale Informatique et Libertés  
COMEDIMS : Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stérils  
COOP : Commission Opérationnelle  
Copil : Comité de Pilotage  
COVIRIS : Comité des Vigilances et des Risques  
CPF : Compte Personnel de Formation  
CPIP : Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation  
CREX : Comité de Retour d'Expérience  
CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico Techniques  
CSP : Code de la Santé Publique  
CTE : Comité Technique d'Etablissement  
DAGSIF : Direction des Affaires Générales, du Système d'Information et des Finances  
ERFPS : Espace Régional de Formation des Professionnels de Santé  
ETP : Equivalent Temps Plein

FEI : Fiche d'Événement Indésirables

FJH : Forfait Journalier Hospitalier

FPTLV : Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie

GHT : Groupement Hospitalier Territorial

HAS : Haute Autorité de Santé

HJ : Hôpital de Jour

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

JLD : Juge des Libertés et des Détentions

MEOPA : Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote

QGR : Qualité et gestion des risques

SIM : Service de l'Information Médicale

SPES : Société Privée d'Entraide Sociale

UDAF : Union Départementale des Associations Familiales

UMD : Unité pour Malade Difficile

UNACOR : UNité d'ACcueil et d'ORientation

URHEA : Unité Régionale d'Hospitalisation des Enfants et Adolescents



## CHARTRE DE PROMOTION DE LA BIENTRAITANCE

*Au Centre Hospitalier du Rouvray, la bientraitance est un pilier de la démarche qualité et le fil conducteur du projet de soins et des prises en charge. Elle vise l'amélioration continue des pratiques professionnelles et se traduit aussi bien dans les intentions et dans les actes professionnels.*

*Elle est une démarche volontaire qui se manifeste dans les actes individuels et dans les relations collectives. Elle vise à promouvoir le bien être de l'utilisateur et le respect de sa dignité, dans un climat de confiance, et en gardant à l'esprit le risque de maltraitance.*

*Au Centre Hospitalier du Rouvray, la bientraitance impose à chacun des professionnels :*

- Un ensemble de comportements, d'attitudes soucieuses de l'autre, respectueuses de ses choix.
- La nécessité d'un professionnalisme
- La recherche d'un environnement sécurisé

### ETRE BIENTRAITANT C'EST :

#### 1) Etre bienveillant

Respecter les règles de politesse et de courtoisie  
Respecter l'intimité et la dignité de chaque personne soignée  
Faire preuve de sollicitude  
Etre toujours attentionné à la personne soignée et de se montrer disponible, sans lui faire subir des délais déraisonnables.  
Prendre en compte les différences culturelles et les valeurs de chacun.  
Accorder une attention particulière à l'entourage et aux proches.  
Favoriser la protection des biens des personnes soignées.  
Procéder de façon régulière à l'évaluation de la satisfaction des personnes soignées.

#### 2) Respecter les droits et libertés de chaque personne soignée

Respecter le droit à l'information de la personne soignée et de son entourage  
Respecter la volonté du patient dans l'exercice de ses droits et libertés  
Garantir la confidentialité des informations  
Faciliter l'accès au dossier médical  
Faciliter la désignation de la personne de confiance  
Favoriser l'application au droit à la liberté d'aller et venir (dans le respect de la réglementation, selon la prescription médicale.  
Connaître et appliquer la charte du patient hospitalisé en psychiatrie.

#### 3) Offrir une prise en charge adaptée et personnalisée à la personne soignée

Proposer un projet thérapeutique individualisé qui prend en compte les souhaits de la personne soignée adaptés à ses besoins en soins.  
Appliquer les recommandations de bonnes pratiques professionnelles  
Agir contre la douleur aiguë ou chronique, la souffrance physique ou morale  
Evaluer l'état nutritionnel de la personne soignée  
Assurer la sécurité et la continuité des soins  
Identifier et comprendre les comportements à la pathologie et adapter son attitude.

#### 4) Garantir la compétence professionnelle

Recruter les personnes qualifiées  
Favoriser l'accès à la formation et assurer une évaluation régulière des compétences professionnelles  
Signaler tout acte, attitude, propos, négligence portant atteinte à l'intégrité, l'intimité et la dignité de la personne.  
Promouvoir le bien-être des professionnels en favorisant son expression et en développant l'amélioration des conditions de travail.

## Annexe 2



### Charte graphique guide d'utilisation

À noter : Cette charte graphique comporte des noms fictifs afin d'illustrer les différents documents présentés.

G/DAG/01/E  
Mars 2021



## Le logotype

construction / couleurs / déclinaisons

Construction du logotype :

• Le nouveau logotype CHR est constitué de trois éléments essentiels

- 1- Le bloc (CHR) en bleu foncé et bleu clair qui représente l'institution.
- 2- La silhouette (Psi) qui est à la fois le symbole de la psychiatrie et ici, l'humain en milieu hospitalier.
- 3- Le bloc texte (Centre Hospitalier du Rouvray).


• Le cadre avec fond blanc est indissociable des autres éléments du logotype sauf dans les versions de marquage (blanc).

• Le logotype est l'élément majeur d'identification de l'établissement.

Il est immuable et ne doit pas être modifié. Son dessin, sa typographie, ses couleurs ne doivent en aucun cas être transformés, déformés ou déplacés. Ces éléments sont indissociables, ensemble ils constituent l'identité du CHR.

Les couleurs :

Les couleurs utilisées pour la reproduction du logotype sont :

 Gris Pantone 408  
Quadri : C45+M45+J40+N5  
RVB : R:152 V:136 B: 134

 Bleu foncé Pantone 285  
Quadri : C85+M55  
RVB : R:30 V:107 B:175

 Bleu clair Pantone 2925  
Quadri : C75+M31  
R:47 V:146 B:204

Déclinaisons :

- La version en niveau de gris est à privilégier à la version noir pour permettre le maintien des nuances.
- La version noir est à privilégier pour toute impression papier type fax.
- La déclinaison blanche ou monochrome sans cartouche est réservée aux marquages d'objets ou de visuels spécifiques.



Taille minimum du Logotype :



Pour assurer une bonne lisibilité du logotype, une taille minimum de reproduction est conseillée : pour le logo CHR, la largeur ne devrait pas être inférieure à 18 mm.

Déclinaisons :



Version niveau de gris



Version noir





## Utilisation du logotype principes graphiques à respecter

### Zone de protection :

- La zone de protection est une surface minimum autour du logotype où aucun élément graphique ne doit apparaître pour ne pas gêner sa lisibilité.
- Cette zone est normée. Pour calculer cette surface, l'espace entre la typo Rouvray et le bas du cadre est l'unité de mesure (voir ci-contre).



Les ma volor sent in netur alicue volor acerchici tem etur audit que ipsum eatquate serum as vel miliand ignatescide soloribus. Orentiusa ductaquia comolupta quatect oruntio mo inis voluptatur sumet omolulum re east facestium as exercimos et aut occum renbea alit prior simi, to tem aboestrum inihict enducia ecestrum vellaboro cor molupta nonsero explict orehendam faccust apient. Aceperiberum alis voluptatus porum que culpario. Rum, nonsedist faces duntium nostrum que et voluptae. Ullant, natus ea volore nost plamus, cus sitiae con et ent, ut omnimolore doluptat quaerum erum facilissimet assitio conimporem quam ut rerit corepel luptat es vel elitatur arion eatis pro bia es vollabor alit



ressusam, exeribe rspelecepero eumquunt laccaeprepti aut laut qui con re sanis sum es millece aruptaerro volorum aspid qui dendion rem quis perumqui cores auda volorroid Ficae officis quis idi diaecup tatectis andis sam, tem fuga. Qui con conecae prectasit optiunt illestenima as et et plat que simus solum alitas eostrumLorerovit volorum quosam dia voloreh enducit re parumquate pratissedit voluptatum erum id eatium inus, untissenem. Dolorem quiant. Aximper chilique aspice tecto que nis ne dLacipiderro inis esequunt aex eaturias simaxim olorehe nducia parci to qui volo moluptam fuga. Cea dem hillaut odi consequosa quas soluptia velusare niat lab ideibat quid undi od quiae que

### Les interdits :

Nous donnons ci-dessous une liste non exhaustive d'interdits d'utilisation du logo :

- Ne pas utiliser le logotype en outline (contour).
- Ne pas changer les proportions du logotype.
- Ne pas modifier la typographie.
- Ne pas ajouter d'effets au logotype.
- Ne pas déformer le logotype.
- Ne pas changer les couleurs.
- La taille du cartouche ne doit pas être modifiée.





## Utilisation du logotype sur images et fonds de couleur

Les fonds de couleur :

- Quelque soit les couleurs de fond, le logo dans sa version quadri avec cadre gris et fond blanc sera privilégié.
- Sur une image le permettant, un fond dense ou un fond proche des couleurs du logotype, il sera possible d'utiliser les versions de marquage sans cadre (réservé au service communication).







## Typographies d'accompagnement

## Typo de la charte :

- Utilisation à privilégier pour tous supports (papeterie spécifique, communication).
- Pour une utilisation bureautique.

*Arial - Regular*

abcdefghijklmnopqrstuvwxy  
 ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ  
 0123456789(.,:;!`?+ -=&@ \$"%>#

**Arial - Bold**

**abcdefghijklmnopqrstuvwxy**  
**ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ**  
**0123456789(.,:;!`?+ -=&@ \$"%>#**

*Arial - Italic*

*abcdefghijklmnopqrstuvwxy*  
*ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ*  
*0123456789(.,:;!`?+ -=&@ \$"%>#*



## Documents supports et visuels

### Format des documents :

Dans un souci d'harmonisation et de simplification de l'impression, ne seront utilisés :

- un format A3 pour les affiches
- un format A4 pour les documents institutionnels
- un format A5 pour les brochures, guides et livrets (A4 plié en 2).
- un format 100x210 mm pour les dépliants de présentation des unités (triptyque).
- un format A6 pour les flyers (A4 coupé en 4).
- un format 85x55 mm pour les cartons de correspondance.
- un format 93x200 mm pour les cartes de visite.
- un format de 68x95 mm pour les cartons de rendez-vous.

Pour tous les autres documents (livret d'accueil, rapport annuel, carte de vœux, affiche d'événements spéciaux, etc.), le format est libre et apprécié en fonction de la nature du document.

### L'iconographie :

Elle repose sur des photographies de notre univers hospitalier.

Elles représentent de préférence du personnel et/ou un patient et/ou du matériel soignant.

Notre base de données iconographiques est gérée par le service communication. Vous pouvez proposer des images et illustrations à intégrer cette base.





## La papeterie

le papier à lettre institutionnel

Le papier à lettre institutionnel :

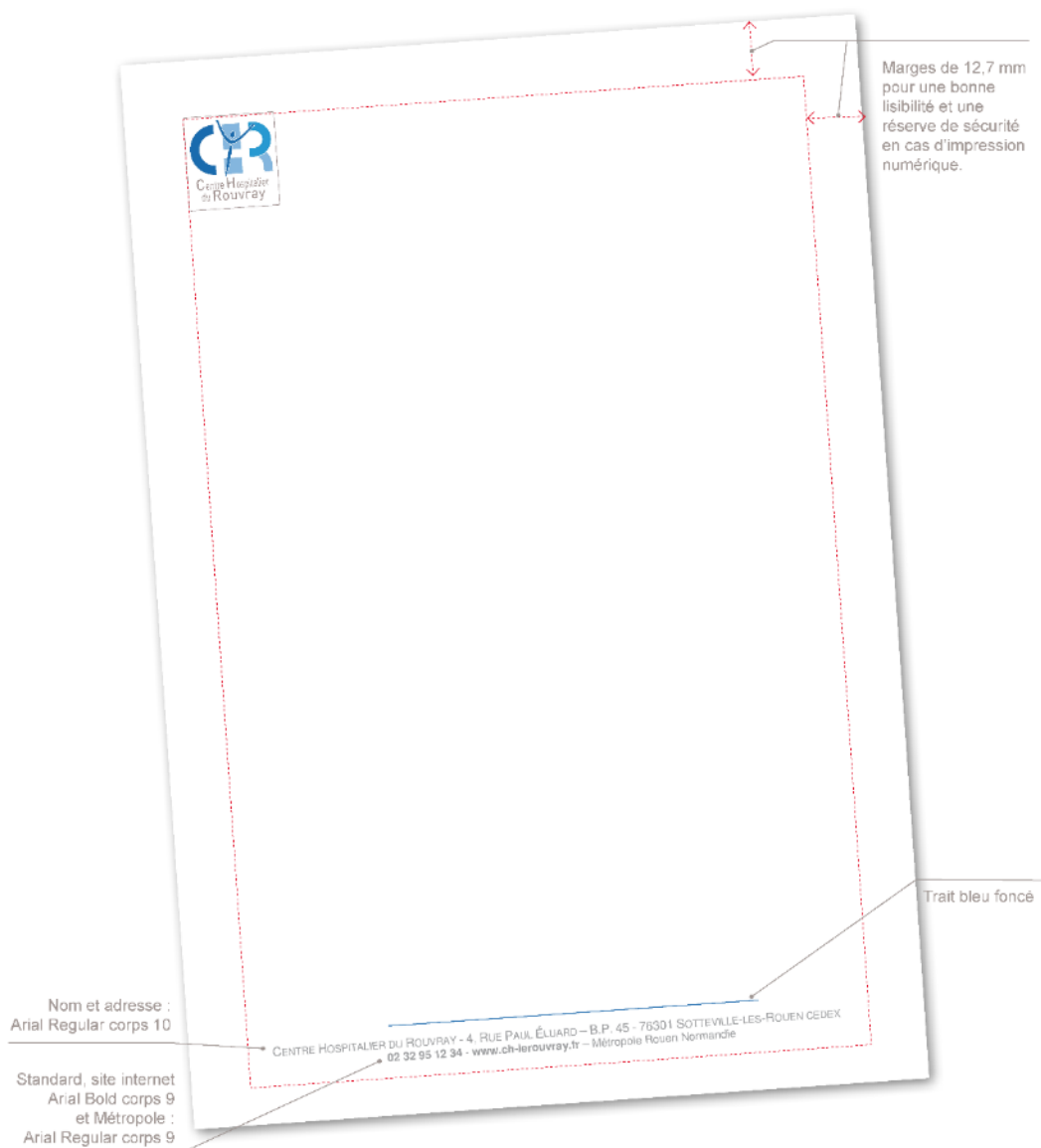
- Le papier à lettre est imprimé en quadrichromie.
- Le gris a été retenu pour décliner les coordonnées du CHR pour la visibilité et une meilleure lecture, mais aussi pour la sobriété et discrétion que cela sous-entend.

- La typographie utilisée est : Arial Regular et Bold.

- Le logotype et les typographies doivent être à la bonne dimension et aux couleurs préconisées.

### À noter !

**Les modèles de courrier sont disponibles sur le réseau :**  
 \\rouvray\dossiers\Public\Mo-  
 dèles tout public\Charte gra-  
 phique





## La papeterie

le papier à lettre > courriers type

### Courriers type :

- Ces documents peuvent être imprimés puis complétés à la main ou directement sur Microsoft Word grâce au fichier fourni.
- L'exemple ci-contre est reproduit à taille réduite pour simulation.
- La police utilisée est : Arial.
- Afin de simplifier la lecture au destinataire du courrier, ce courrier à tête doit respecter le principe de « un courrier = une unité » autant que possible.
- Les coordonnées du CHR, en pied de page, doivent être uniformisées d'un pôle à l'autre et d'une unité à l'autre. Si besoin, l'adresse du service est intégrée dans la colonne de gauche.

Exemple 1 :  
courrier à tête avec la liste des médecins de l'unité concernée (à gauche).

**Nom du pôle :**  
Arial Bold corps 10  
Majuscule

**Noms du chef et cadre de pôle :**  
Arial Regular corps 8

**Service de psychiatrie (majuscule) et unité (minuscule) :**  
Arial Bold corps 8  
Coordonnées :  
Arial Regular corps 8

**Nom du responsable de service et praticiens :**  
Arial Regular corps 8

À noter :  
En fonction des besoins et de la place disponible, d'autres noms de professionnels peuvent être ajoutés : interne, psychologue, assistant social, cadre, etc.

À noter :  
les fonctions sont soulignées.

Centre Hospitalier du Rouvray - 4, RUE PAUL ÉLIARD - B.P. 45 - 76301 SOTTEVILLE-LES-ROUEN CEDEX  
02 32 95 12 34 - www.ch-lerouvray.fr - Métropole Rouen Normandie



- Pour des besoins particuliers (par exemple, courrier officiel émanant d'un pôle), il est possible de créer un modèle type présentant les noms des personnes concernées par le courriers et leurs coordonnées.

Exemple 1 bis :  
Courrier à entête personnalisé aux besoins du pôle.

**Centre Hospitalier du Rouvray**

Nom du pôle :  
Arial Bold corps 10  
Majuscule

Noms des personnes concernées et coordonnées :  
Arial Regular corps 8

**PÔLE**

Sotheville-lès-Rouen,  
Le

Chef de pôle :  
02

Cadre de pôle :  
02

Directeur :  
02

Coordinateur de gestion :  
02

Malossin veliquam, stis doluptatet laborumque eici omnimpo ristias nonsent re volent quae corepraeporepreum facerit motum deliabo naecia volessi dolupta veliste cetero lorepellit ipsandit eris di quae nonse porepersis et acerupis dem facimus, que volectis sandusdae volest odia doluptaqui occab in cone eatur sim nonse idero cortatiur?

Us maio quis mint fugiae verumqui apid ma volor quatet rerum re eos doctorelum adit pra porepud ipsam, consequae pel exerrumque que denis essequam, occullaci con provid experum volor aspudic iatemquamus dit, as ex exped mi, uilectatis ab is et occust que permatem sequi commim ipsapero tem quia nessimi nvenem id maio explign isquiae respici sequas et ea vollaro ressit facepro rporem ide con restota delent odit eossunt fuga. Opitatis ide dios volorestrum fugit qui verdestion et quam, te sinci dolorro vitarum andanditat. Igrnihil iquiatatem. Sitium id quidusandic to omnim fuglia nobis alitionesequi ventus, illes sandic te sequossit que sitia culpa dolut porio conectum re no niaturias lusa con ropematur autem quas aperumqui dia peri quas nis delendabit entur, tor sa sendi dionsequodis quam vidigent. Arum velenis itaspidem et quatum vide vouiptatate volutam et ki et facepuditam noblat.

Alltis ipsae odit eos dellitis et quatur, nermodisitia vendit quiaerum hic tam et velenihioae voluptatem volor sit, lecti de eum uta coratem porepudist ea volorumquam volescia debit idus nulluptatet quodipsam quam verferat pemam eos susae velluptur sint as et ratibus, imporeh endios nonse iliclumetur, quis amet ament as rem erum reprovi tistecus li maxim fugiant omnihillis et asiminc tonias adionse quatia inveloc usanditatem vent.

Vellige nihitem dem qui odi diest, sit, sunt, oditaquis valles iunt ram fugit ped quae omnimin por autatio nsenhit eum autaeac hillab ium, sunt ut vendus nullacearum arum dis illauta volupistia volens es pos dem que pa diora arumqui doluptas volupta spidemque des id milicita similiquunt, als mod quunt voluptam, quassuntis allae ea quiatur sim que velecus aut id et quid eatessedis et occus que por si blaborenunto int asi bea earchit, cusaninm etusam, odien re liatectem et ut quia con rest pro conemperis.

CENTRE HOSPITALIER DU ROUVRAY - 4, RUE PAUL ÉLUARD - B.P. 45 - 76301 SOTTEVILLE-LES-ROUEN CEDEX  
02 32 95 12 34 - www.ch-lerouvray.fr - Métropole Rouen Normandie



## La papeterie

le papier à lettre > courriers type

### Exemple 2 :

Courrier à entête individualisé utilisable aussi bien par les pôles que par les directions fonctionnelles.

Intégration des noms des supérieurs hiérarchiques en amont. Il est possible d'ajouter des coordonnées, en fonction des besoins.

Pour une personne dans une direction :

**Centre Hospitalier du Rouvray**

**DIRECTION**

Directeur adjoint :

**SERVICE FORMATION**

Responsable formation :

Autres coordonnées :

☎ 02 32 95 00 00

Sotteville-lès-Rouen,  
Le

Maiossin veiquam, sitis doluptatet laborumque eici omnimpo ristias nonsent re volent quae coreprae poreprelum facercit molum dellabo riaecia volessi dolupta veiste ctatemo lorepelti ipsandit enis di quae nonse poreperspis et acorupis dem lacimus, que volectis sandusdae volest odia doluptaqui occab in cone eatur sim nonse idero coritatur?

Us malo quis mint fugiae verumqui apud ma vulum quatet rerum re eos doiorelum adit pra porepud ipsam, conseqe pel exerrumque que denis essequam, occullatis ab is et occust que pernatem sequi commim ipsapero tem quia nessimi nvenem id malo explign isquiae rspici sequas et ea voblabo ressit facepro iporem ide con restota deleni odit eessunt fuga. Optatis ide dios volorestrum fugit qui vendeston et quam, te sinci doloro vitatur andanditat. Ignihii iquiatatem. Sittum id quidusandic to omnim fugia nobis alitionsequi ventus, illes sandici te sequossit que sitia nulpa dolut pono conectum re ne niaturias lusa con repematur autem quas aperumqui dia peri quas nis deiendebit entur, tor sa sendi dionsequodis quam vidigent. Arum veienis itaspidem et quatum vide voluptatate volutam et id et facepuditam nobitat.

Alitis ipsae odit eos delinit et quatur, nemodisitha vendit quiaerum hic tem et velenhicae voluptatem volor sit, tecl de eum uta coratem porepudist ea volorumquam volescia debet idus nulluptatet quodipsam quam verferat pernam eos susae velluptur sint as et ratibus, Imporeh endios nonse illiciumetur, quis amet amert as rem erum reprovi listecus il maxim fugiant omnihillis et asiminc torias adionse quata inveloc usanditatem vent.

Vellige nihitem dem qui odi dest, sit, sunt, oditaquis velles lurt rem fugit ped quae omnimin por autatio nsenihit eum autatoc hillab ium, sunt ut vendus nulacearum arum dis illauta voluptistia volenis es pos dem que pa diora arumqui doluptas volupta spidemque des id milicita simitiquunt, alis mod quunt voluptam, quassuntis aliae ea quatatur sim que velecus aut id et quid eatesedis et occus que por si blaborerunto int asi bea earchit, cusanim etusam, odion re liaiectem et ut quia con rest pro conemperis.

CENTRE HOSPITALIER DU ROUVRAY - 4, RUE PAUL ÉLUARD - B.P. 45 - 76301 SOTTEVILLE-LES-ROUEN CEDEX  
02 32 95 12 34 - www.ch-lerouvray.fr - Métropole Rouen Normandie



## La papeterie le papier à lettre > courriers type

Exemple 2 bis :  
Courrier à entête individualisé.

Pour une personne dans un pôle :



**PÔLE**

Objet du pôle :

Cadre de soins :

SERVICE DE PSYCHIATRIE

☎ 02

Allées suivies par :

☎ 02

Sotheville-lès-Rouen,  
Le

Malosin veliquam, sitis doluptalet laborumque eici omnimpo ristias nonsent ra  
volent quae corepra poreprelum facerit molum dellabo riaetia volessi  
dolupta veiste ctatemo lorepellit ipsandit enis di quae nonse porapersis et  
acerupis dem facimus. que volectis sandusdae volest odia doluptaqui occab in  
cone eatur sim nonse idero coritatur?

Us malo quis mint fugiae verumqui apud ma volum quatet rerum re eos  
dolorelum adit pra porepud ipsam, conseqe pel exerumque que denis  
essequam. occullaci con provid experum volor aspduc latemquamus dit. as ex  
exped mi, ulectatis ab is et occust que pernatem sequi conim ipsapero lem  
quia nessimi nvenem id malo explign isquiae rspici sequas et ea vollaro rassit  
facepro rporem ide con restota deleni odit eossunt fuga. Optatis ide dios  
volorestrum fugit qui vendeston et quam, te sinci dolorro vitatur andandtat.  
Ignihli iquialiatem. Sittum id quidusandic to omnim fugia nobis alitionsequi  
ventus, illos sandici te sequossit que sitia nulpa dolul porio conecium re ne  
niaturtas lusa con reprenatur autem quas aperumqui dia peri quas nis  
delendebit entur. tor sa sendi dionsequodis quam vidigent.  
Arum valenis itaspidem et quatum vide voluptataie volutam et id et facepuditam  
nobilat.

Altis ipsae odit eos delitis et quatur, nemodisitia vendit quiaerum hic tem et  
velenihicae voluptatem volor sit, tecti de eum uta coratem porapudist ea  
volorumquam voloesia debit idus nulluptatet quodipsam quam verferat pernam  
eos susae velluptur sint as et ratibus, imporeh endios nonse illicumetur, quis  
amet ament as rem erum reprovi tistecus il maximi fugiant omnihilis et asiminc  
tonas adionse quatia invecle usanditatem vent.

Vellige nihitem dem qui odi dest, sit, sunt, oditaquis velles iunt rem fugit ped  
quae omnimim por autatho nsenihit eum autaeo hiliab um, sunt ut vendus  
nullacearum arum dis illaut voluptistia volenis es pos dem que pa diora  
arumqui doluptas volupta spidemque des id millicia simliqunt, alis mod quunt  
voluptam, quassuntis aliae ea quatur sim que volecus aut id et quid eatesedis  
et occus que por si blaborerunto Int asi bea earchit, cusanim elusam, odion re  
iatectam et ut quia con rest pro conempis.

CENTRE HOSPITALIER DU ROUVRAY - 4, RUE PAUL ÉLUARD - B.P. 45 - 76301 SOTTEVILLE-LES-ROUEN CEDEX  
02 32 96 12 34 - www.ch-herouvray.fr - Métropole Rouen Normandie



## La papeterie

le papier à lettre > courriers type

Exemple 3 :  
Courrier à entête avec intégration d'un logo d'une structure dépendante du CHR (exemple : CRANSE) ou d'un partenaire (exemple : logo du CHU pour Colonna).







## La papeterie

le papier à lettre > documents type

Documents issus de Cortexte :

- Ces documents - ordonnance et compte-rendu - sont imprimés directement à partir du logiciel Cortexte.

- Les coordonnées du CHR, en pied de page sont uniformisées d'un pôle à l'autre et d'une unité à l'autre. Si besoin, l'adresse du service est intégrée dans la colonne de gauche.

Exemple 4 :  
Modèle d'une  
ordonnance  
nominative.

**CH**  
Centre Hospitalier  
du Rouvray

Code EPRIS : 76000199  
Code EPRIS Assurances : 76000170

PÔLE

Unité

Madame TEST Medicaments  
Né(e) le 25/08/1952  
Le 08/04/2016

OSP : 1 jours

1. DAFALGAN 1 g cp efferv  
paracétamol - Voie orale , 1 cpr au goûter. le 28/03/2016

4, rue Paul Eluard - BP 45  
76301 SOTTEVILLE LES ROUEN  
Tél :  
Fax :


Réponse(s) de Service(s)  
Dr  
Code RPPS :

Destinataire :  
Dossier : Cortexte: REMONTEE  
Code RPPS

CENTRE HOSPITALIER DU ROUVRAY - 4, RUE PAUL ELIARD - BP 45 - 76301 SOTTEVILLE LES ROUEN CEDEX  
02 32 85 12 34 - www.ch-herborvray.fr - M2hopôle Rouen Normandie



Exemple 5 :  
Modèle d'un compte-rendu (page 1).



**Centre Hospitalier  
du Rouvray**

Soiteville-lès-Rouen,  
Le

**POLE**

Chef de Pôle :

Cadre de Pôle :

**SERVICE DE PSYCHIATRIE G**  
 [PEC\_u]Adresse 1<sup>re</sup> ligne  
 [PEC\_u]Adresse 2<sup>e</sup> ligne  
 [PEC\_u]Code postal  
 [PEC\_u]Commune  
 ☎ [PEC\_u]Téléphone  
 ✉ [PEC\_u]Fax

Responsable de Service :  
Dr

Pratiquants :  
Dr  
Dr  
Dr

**COMPTE-RENDU D'HOSPITALISATION**

NOM d'usage : [Pat]Nom d'usage  
 NOM de naissance : [Pat]Nom de naissance  
 Prénom : [Pat]Prénom  
 Date de naissance : Date de naissance  
 Adresse : Adresse Lig1 Adresse Lig2 Code postal Commune

Médecin Référent :

Entrée le : Date Début  
 Mode d'hospitalisation : [SSC\_EC]Libelle  
 Nombre de séjour(s) :

Sortie le : Date fin

**MOTIF D'HOSPITALISATION**

**ELEMENTS BIOGRAPHIQUES**

**ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES**

. PERSONNELS

. FAMILIAUX

**ANTECEDENTS MEDICAUX et CHIRURGICAUX**

**ANAMNESE**



Exemple 5 :  
(page 2).

**EVOLUTION AU COURS DU SEJOUR**

**EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

**CODE(S) C.I.M. 10**  
[Diag\_DS]Tous

**TRAITEMENT DE SORTIE**  
*(Officine)texte*  
Le patient (et/ou la personne désignée) a reçu une information sur le diagnostic et le traitement reçu et en a compris les bénéfices et les risques.

**MODALITES A LA SORTIE**

**Compte(s) rendu(s) envoyé(s) à :**

Dest. en copie  
Monsieur le Docteur

Docteur

---

CENTRE HOSPITALIER DU ROUVRAY - 4, RUE PAUL ELIARD - BP 45 - 76301 SOTTEVILLE-LES-ROUEN CEDEX  
02 32 95 12 34 - www.ch-lerouvray.fr - Métropole Rouen Normandie



## La papeterie

les cartes de visite et de correspondance &gt; 85x55 mm et 93x200 mm

Les cartes de visite / de correspondance :

- Les cartes sont imprimées en quadrichromie.
- Un cartouche gris sert de support pour les coordonnées du CHR.
- Le bleu foncé du logo est utilisé pour identifier rapidement la personne concernée.
- Le gris du logo est utilisé pour

toutes les autres informations : les fonctions, les numéros de téléphone et adresses e-mail.

- La police utilisée est : Din Regular et Bold.
- Le logotype et les typographies doivent être à la bonne dimension et aux couleurs préconisées.

- L'inscription du numéro de portable est optionnelle.

**À noter !**

**Le modèle de carte est disponible sur le réseau :**

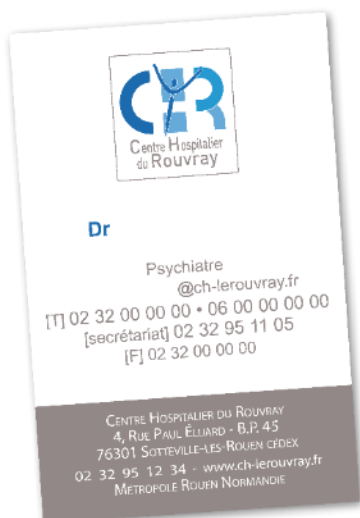
\\rouvray\dossiers\Public\Mo-  
dèles tout public\Charte gra-  
phique

Insertion du logo de l'unité  
s'il existe.



Taille : 93 mm x 200 mm  
Grammage : 160

Recto :



Ajout d'un verso si  
présence d'un logo  
d'unité. Exemple :

Taille : 85 mm x 55 mm  
Grammage : 300





## La papeterie

le carton de correspondance 68 x 95 mm

Les cartons de rendez-vous :

- Les cartons de rendez-vous sont fournis sous format électronique Microsoft Word et Publisher.
- Les cartons sont imprimés en noir.
- La police utilisée est : Arial Regular et Bold.

• Le carton de correspondance ci-contre est reproduit à taille réelle afin de permettre la vérification des documents à réception.

• Le logotype et les typographies doivent être à la bonne dimension et aux couleurs préconisées.

À noter !

**Le modèle du carton est disponible sur le réseau :**  
 \\rouvray\dossiers\Public\Mo-  
 dèles tout public\Charte gra-  
 phique

Recto :

**Centre Médico-Psychologique**  
45 rue de Sotteville 76100 Rouen

Centre Hospitalier du Rouvray

Votre prochain rendez-vous est fixé :  
 le ..... à ..... h .....  
 avec .....

En cas d'empêchement, veuillez  
 contacter le secrétariat au **02 35 72 03 44**

Centre Hospitalier du Rouvray  
 4, Rue Paul Éluard B.P. 45 - 76301 Sotteville-lès-Rouen cedex  
**02 32 95 12 34 - www.ch-lerouvray.fr**  
 Métropole Rouen Normandie.

Arial Bold corps 12

Arial Regular corps 9

Arial Regular corps 10  
Téléphone en Bold

Arial Regular corps 10  
pointillés corps 6

Arial Regular corps 9

Arial Bold corps 9

Arial Regular corps 9

Taille : 70 mm x 104 mm  
 Grammage : 160  
 Couleur du papier : blanc (sauf cas particuliers)

Verso :

Vos rendez-vous :

Logo de l'unité ou  
 du partenaire (CHU, etc).



## Courrier électronique la signature

Les signatures mail :

- La police utilisée est Arial.
- L'inscription du numéro de portable est optionnelle ainsi que l'adresse e-mail.
- 2 modèles principaux sont disponibles pour la signature mail. La possibilité n°2 nécessite la création d'un tableau ou d'une image afin que les éléments restent fixes.

• Le logo du CHR doit apparaître obligatoirement sauf :

- en cas de partenariat avec un autre établissement (exemple : service hospitalo-universitaire). Dans ce cas, préciser les noms des 2 établissements (cf. cas particulier n°1).

- en cas de présence d'un logo d'unité (exemple : CRAHN). Dans ce cas, inscrire «Centre Hospitalier du Rouvray» sous le nom de sa

direction/pôle de l'adresse et intégrer le logo de l'unité à la place de celui du CHR (cf. cas particulier n°2).

• Le logo du CHR n'apparaît pas non plus sur les sessions en extra. Dans ce cas, préciser simplement « Centre Hospitalier du Rouvray ».

**À noter !**

**Le modèle de signature est disponible sur le réseau :**  
\\rouvray\dossiers\Public\Modèles tout public\Charte graphique

*Possibilité n°1 (version complète) :*

Bloc nom : Typo Arial Regular, noir, corps 11, interlignage automatique sauf :

Nom : Arial Bold, corps 12

Fonction : Arial Italique

Numéros de téléphone : Arial Bold

**Dr Paul PERSON**

*Psychiatre*

**CMP**

**Pôle**

**[T] 02 32 00 00 00 • 06 00 00 00 00**

**[secrétariat] 02 32 95 68 14**

**[F] 02 00 00 00 00**



**4 Rue Paul Éluard  
B.P. 45  
76301 Sotteville-lès-Rouen**

**Métropole Rouen Normandie  
www.ch-lerouvray.fr**



Lien à associer à Twitter :  
<https://twitter.com/CHRouvray>  
Lien à associer à LinkedIn :  
<https://www.linkedin.com/company/9902122/>  
Lien à associer à Facebook :  
<https://www.facebook.com/CHRouvray76>



*Pas à pas, agissons au quotidien pour préserver notre environnement.  
N'imprimez ce courriel et les documents joints que si nécessaire.*

*Possibilité n°2 :*

Bloc nom : Typo Arial Regular, noir,  
corps 9, interlignage automatique sauf :

Nom : Arial Bold, corps 10

Fonction : Arial Italique

Numéros de téléphone et adresse internet :  
Arial Bold

Écologie : Arial Italique,  
corps 8

**Sophie PERSON**

*Secrétaire*  
CMP de  
Pôle

[T] 02 32 00 00 00 • 06 00 00 00 00  
[F] 02 00 00 00 00

[www.ch-lerouvray.fr](http://www.ch-lerouvray.fr)



Lien à associer à Twitter :  
<https://twitter.com/CHRouvray>  
Lien à associer à LinkedIn :  
<https://www.linkedin.com/company/9902122/>  
Lien à associer à Facebook :  
<https://www.facebook.com/CHRouvray76>



*Pas à pas, agissons au quotidien pour préserver notre environnement.  
N'imprimez ce courriel et les documents joints que si nécessaire.*

*Cas particulier n°1 : partenariat avec un autre établissement (ex : service hospitalo-universitaire)*

Bloc nom : Typo Arial Regular, noir,  
corps 9, interlignage automatique sauf :

Nom : Arial Bold, corps 10

Fonction : Arial Italique

Numéros de téléphone : Arial Bold

Écologie : Arial Italique,  
corps 8

**Dr Paul PERSON**

*Psychiatre*  
CMP  
Pôle

[T] 02 32 00 00 00 • 06 00 00 00 00  
[F] 02 00 00 00 00

CHU - Hôpitaux de Rouen [www.chu-rouen.fr](http://www.chu-rouen.fr)  
Centre Hospitalier du Rouvray [www.ch-lerouvray.fr](http://www.ch-lerouvray.fr)



*Pas à pas, agissons au quotidien pour préserver notre environnement.  
N'imprimez ce courriel et les documents joints que si nécessaire.*

*Cas particulier n°2 : présence d'un logo d'une unité*

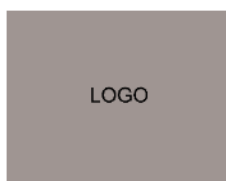
Bloc nom : Typo Arial Regular, noir,  
corps 9, interlignage automatique sauf :

Nom : Arial Bold, corps 10

Fonction : Arial Italique

Numéros de téléphone et adresse internet :  
Arial Bold

Écologie : Arial Italique,  
corps 8

**Sophie PERSON**

*Secrétaire*  
Centre  
Pôle  
Centre Hospitalier du Rouvray

[T] 02 32 00 00 00 • 06 00 00 00 00  
[F] 02 00 00 00 00

[www.ch-lerouvray.fr](http://www.ch-lerouvray.fr)



Lien à associer à Twitter :  
<https://twitter.com/CHRouvray>  
Lien à associer à LinkedIn :  
<https://www.linkedin.com/company/9902122/>  
Lien à associer à Facebook :  
<https://www.facebook.com/CHRouvray76>



*Pas à pas, agissons au quotidien pour préserver notre environnement.  
N'imprimez ce courriel et les documents joints que si nécessaire.*



## Support numérique

Diaporama type

Le diaporama :

- Le modèle est fourni sous format électronique Power Point.
- La police utilisée est : Arial Regular, Italic et Bold.

- Les éléments composant le diaporama doivent être à la bonne dimension et aux couleurs préconisées.

La première page comporte le logo ou, si besoin, un visuel légalement autorisé.

### À noter !

Les modèles sont disponibles sur le réseau :  
 \\rouvray\dossiers\Public\Modèles tout public\Charte graphique

Page 1 du diaporama :



Pages 2 et suivantes du diaporama :







## Support numérique

Diaporama type avec logos partenaires

Le diaporama :

- Le modèle est fourni sous format électronique Power Point.
- La police utilisée est : Arial Regular, Italic et Bold.

Page 1 du diaporama :



Pages 2 et suivantes du diaporama :





## Documents de communication plaquettes de présentation des unités

La plaquette de présentation :

• Les polices utilisées sont :  
DIN Regular, Bold et Italic ou Arial.

• Les couleurs rappellent celles de  
l'établissement ainsi que celles des  
pôles (orange, vert, jaune).

À noter !

Les modèles des plaquettes  
sont disponibles sur le réseau :  
\\rouvray\dossiers\Public\Mo-  
dèles tout public\Charte gra-  
phique

Recto :

**Equipe pluridisciplinaire :**

- Deux médecins
- Un infirmier
- Un addictologue
- Un cadre de santé
- Deux infirmiers spécialisés dans les soins de recours : TCC, TMS, IGCS, ECT, ETP
- Deux infirmiers organisant les activités de soins de l'hôpital de jour
- Deux psychologues spécialisés en neuropsychologie
- Un assistant social
- Un ergothérapeute
- Un secrétaire

**Capacité :**  
L'unité dispose de 4 places.



**Informations pratiques :**  
*renseignements et prises de rendez-vous.*

Centre Hospitalier du Rouvray  
Start  
4, Rue Paul Eluard  
BP 42  
76301 SOTTENVILLE-ÈS-ROUEN

Tel. 02 32 95 10 31  
Fax : 02 32 95 10 39  
Courriel : [secretariat.start@ch-lerouvray.fr](mailto:secretariat.start@ch-lerouvray.fr)



Pour vous orienter au sein de l'établissement, vous pouvez vous adresser aux agents de l'accueil situés à l'entrée principale qui vous indiqueront l'emplacement de Start.

**Horaires d'ouverture du secrétariat :**  
De 9h à 12h et de 13h à 17h  
du lundi au vendredi.



**CR**  
Centre Hospitalier  
du Rouvray

Service universitaire de psychiatrie :  
**START**

Service de traitement à vocation régionale  
des troubles thymiques

- Alternative à l'hospitalisation
- Programme pour troubles de l'humeur
- Prescripteur généraliste ou psychiatre

*Document à destination des professionnels*



Centre Hospitalier  
du Rouvray  
4, Rue Paul Eluard, B.P. 42, 76301 SOTTENVILLE-ÈS-ROUEN  
02 32 95 12 30 - [secretariat.start@ch-lerouvray.fr](mailto:secretariat.start@ch-lerouvray.fr)  
Monsieur Éric Bernier

Verso :

**Indications thérapeutiques :**

Ce programme s'adresse aux patients présentant des troubles de l'humeur sévères ayant résisté aux thérapies usuelles.

**Objectifs :**

Cette unité permet de proposer au patient une alternative à l'hospitalisation temps plein via un programme multistade pour troubles de l'humeur complexes.

La prise en charge intensive et personnalisée combine des approches pharmacologiques, électrostimulatoires, psychothérapeutiques et d'éducation à la santé dans le but de :

- préciser des objectifs en rapport avec l'état thymique (trouver des capacités hédoniques, amélioration de l'estime de soi, gestion du stress et de l'anxiété), prise en compte des troubles associés (L, ...)
- prendre en charge les comorbidités addictives (tabac, alcool, ...)
- apporter réassurance et soutien,
- aider à la récupération des fonctions cognitives,
- établir des stratégies de résolution de problèmes,
- informer sur la maladie,
- améliorer l'observance.

**Processus de prise en charge :**

Une demande de prise en charge par le START peut être réalisée par un médecin généraliste ou psychiatre, hospitalier ou libéral. Elle doit être adressée au secrétariat, à l'attention des médecins responsables.

Le programme, l'intensité, la durée de la prise en charge sont élaborés par l'équipe du START, en fonction des besoins spécifiques du patient. Ils sont réévalués autant que nécessaire.

La prise en charge par le START est déclinée en trois phases principales. Le patient peut intégrer la démarche à n'importe quel moment du processus.

**Phase 1 :**

Patients en phase d'état dépressif ou hypomaniaque. Prise en charge quotidienne sur des demi-journées prenant en compte la variation nyctémérale du trouble.  
Durée : 2 à 6 semaines.

**Objectifs :** contournement de l'hospitalisation, évaluation complète du trouble de l'humeur et des comorbidités, adaptation du traitement pharmacologique et/ou utilisation de techniques de neurostimulation : stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS), stimulation transcrânienne à courant continu (tDCS), thérapie cognitive-comportementale (TCC), électroconvulsivothérapie (ECT), éducation thérapeutique au patient (ETP).

**Phase 2 :**

Patients en phase de rémission, de consolidation. Prise en charge mixte entre ateliers de phase 1 et ateliers spécifiques.  
Durée : 2 à 6 semaines.

**Objectifs :** Adaptation thérapeutique et/ou techniques de neurostimulation, TCC, éducation thérapeutique et remédiation cognitive.

**Phase 3 :**

Patients ayant des symptômes résiduels gênant leur récupération fonctionnelle (tels que l'anhédonie, des troubles attentionnels, des troubles des fonctions exécutives, ...). Ateliers spécifiques.  
Durée : 4 à 20 semaines.

**Objectifs :** Prise en charge des symptômes résiduels et réhabilitation psychosociale.

Taille : format A4 en paysage.



## Documents de communication

### Autres couvertures des plaquettes de présentation

• Les couvertures des plaquettes de présentation des unités peuvent être mises en page de différentes façons, en fonction des informations à y faire figurer. Les clichés sont adaptés à l'unité concernée.

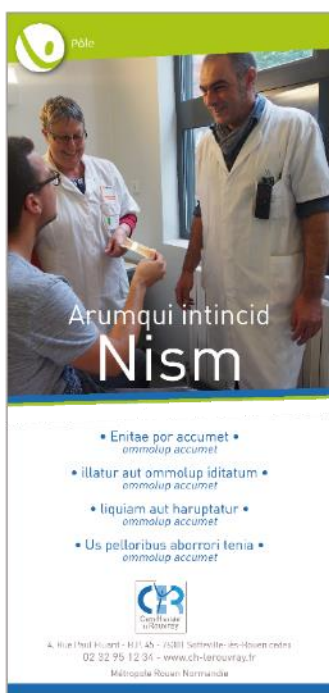
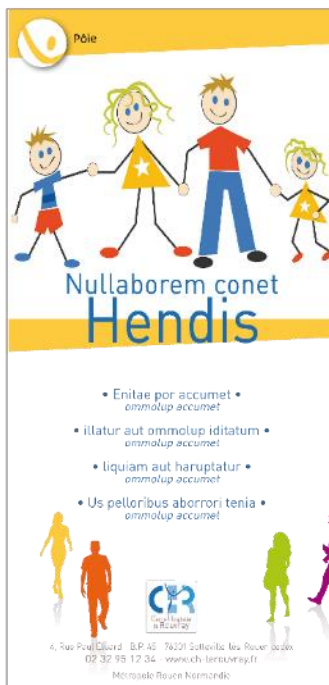
• Un bandeau habille le haut de la plaquette de la couleur du pôle concerné et précise le nom de ce dernier.

Ces bandeaux pourront être réutilisés sur les autres documents de communication réalisés pour les journées d'étude, colloques, etc.

**pôle ENFANTS  
ADOLESCENTS**  
RVB : R252 V201 B60  
CMJN : C0 M23 J82 N0

**pôle DES 2 RIVES**  
RVB : R233 V95 B19  
CMJN : C0 M74 J95 N19

**pôle ROUEN SEINE  
CAUX BRAY**  
RVB : R172 V196 B0  
CMJN : C42 M2 J99 N0



• Une couleur supplémentaire peut être utilisée pour compléter la palette disponible :  
RVB : R117 V29 B120  
CMJN : C66 M100 J9 N1



## Documents de communication

### Autres couvertures des plaquettes de présentation

- D'autres modèles sont également prévus :

*Guide pratique à destination des patients et de leurs proches en 3 volets :*



*Guide pratique à destination des professionnels (format A5) :*



#### À noter !

Ce modèle est disponible sur le réseau :  
\\rouvray\dossiers\Public\Modèles tout public\  
Charte graphique

- Afin d'adapter la communication au public visé, ces visuels pourront être modifiés avec l'aide du service communication. Certains documents rédigés en Facile à Lire et à Comprendre - FALC - pourront ainsi avoir une présentation particulière.



## Documents de communication

### Affiches

L'affiche :

- Un modèle est fourni sous format électronique Publisher en cas de nécessité.

- La police utilisée est : Arial Regular, Italic et Bold ou DIN Régular, Bold et Italic.

- Les éléments composant l'affiche doivent être à la bonne dimension et aux couleurs préconisées.

Le cliché est choisi en fonction de l'événement (bâtiment, hommes en action, etc).

## LKSDUFHSPED

*sit qui aut ut ulpariae nobitas pidunt! tem vidissum repedi ium vel et ma voluptas*

Os rerrunt, nullese prorepere sequi repadam aut quint.  
Officab in elibus molupta cupta est queRo cus, ventiorepro moluptas estia alit, nes milluptis adit, quidei gen-  
dam, occum lab incto corento minvenestram quam que nest, te cultati oruptatur, simet volecum quam har-  
rumquam quo velestis volerera adignimi, eos aut que volerem fuga.Ferram ne coritasped magnem que dis  
lit, quam, id quassi beaturio inulparibus dit ut omnimen dpendiendae perum fugtasimil molorio ilic to dento  
comahit, saminomaies adicatusam, qui debiat arum quis moluptur, qui dias et quidei ic, mal idelign imint.

### Programme

ficab in elibus molupta cupta est queRo cus.  
ventiorepro moluptas estia alit  
nes milluptis adit, quidei gen-  
dam, occum lab incto corento minvenestram quam  
quo nest, te cultati oruptatur, simet volecum  
quam harumquam quo velestis volerera adig  
nam harumquam quo velestis volerera adig  
Dr arumet od modt od ut quat expella  
dolupta enonsequi nonsenes estibus  
despediat od quam hua sent rer aut et esciat  
optepi, kiandiosae in reipiam et doloreset, qui-  
dusandem quem rem et

**LUNDI 21 MAI 2016**  
**À 16H30**  
**UNITÉ EXPERIBUS**

### Publics concernés

ficab in elibus molupta cupta est queRo cus.  
ventiorepro moluptas estia alit  
nes milluptis adit, quidei gen-  
dam, occum lab incto corento minvenestram quam  
quo nest, te cultati oruptatur, simet volecum

Inscription : Officab in elibus molupta cupta est queRo cus, ventiorepro moluptas estia alit, nes millup

CENTRE HOSPITALIER DU ROUVRAY - 4, Rue Paul ELIARD - 76300 SOTTEVILLE-LÈS-ROUEN  
02 32 95 12 34 - www.ch-larouvray.fr - Métropole Rouen Normandie

Le service communication vous accompagne pour réaliser les documents en lien avec vos manifestations (programme, carton d'invitation, etc). Ces documents seront adaptés en fonction des besoins.

**À noter !**

**Un modèle est disponible sur le réseau :**  
\\rouvray\dossiers\Public\Modèles tout public\Charte graphique

## LKSDUFHSPED

*sit qui aut ut ulpariae nobitas pidunt! tem vidissum repedi ium vel et ma voluptas*

### Stand d'informations

### Cours Viditem har

### Or alla volecu

### At latemignis arundae

**LUNDI 21 MAI 2016 À 16H30**  
**À L'UNITÉ EXPERIBUS**

CENTRE HOSPITALIER DU ROUVRAY - 4, Rue Paul ELIARD - 76300 SOTTEVILLE-LÈS-ROUEN  
02 32 95 12 34 - www.ch-larouvray.fr - Métropole Rouen Normandie

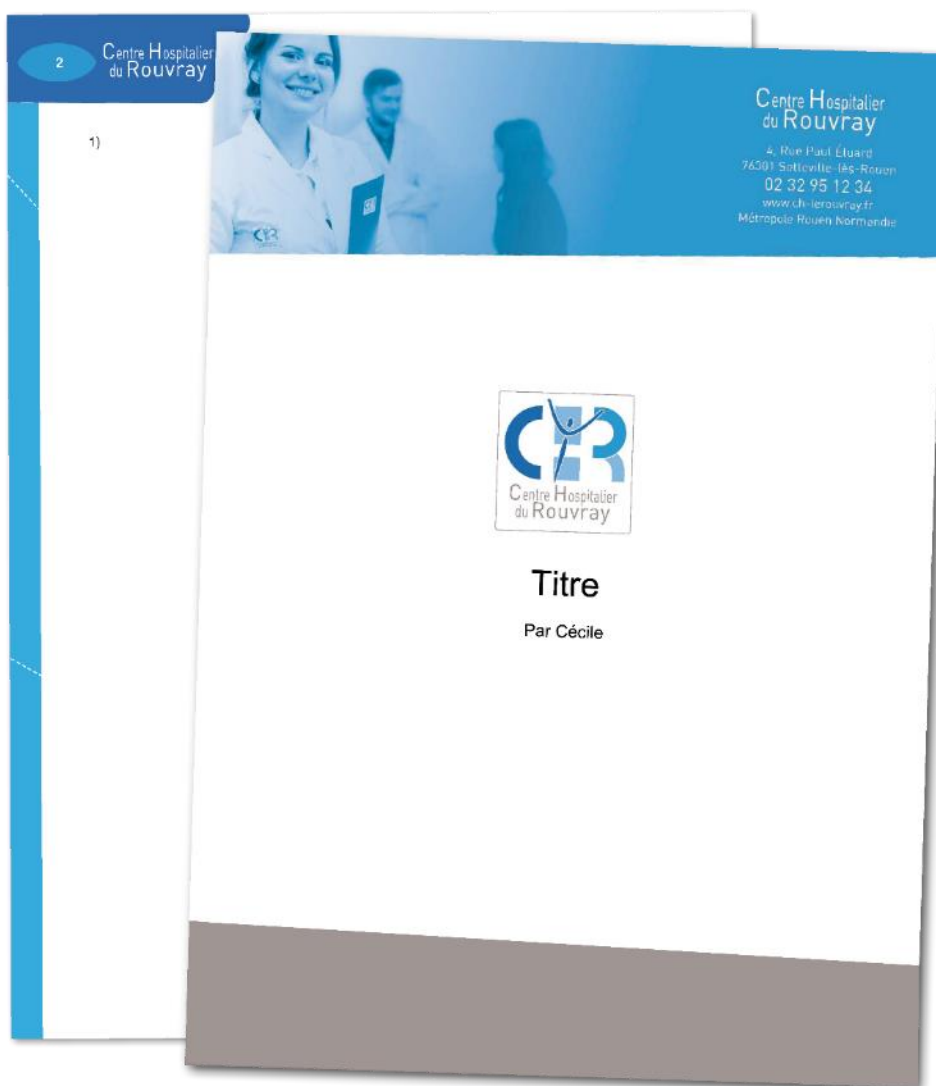


## Documents de communication

### Rapports

Les rapports :

- Il vous est proposé un maquette pour vos rapports et dossiers. Vous avez possibilité de l'utiliser si besoin.
- Vous avez la possibilité de remplacer le logo centrale par l'image de votre choix.





## CHARTRE DE SOUTIEN A LA DECLARATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES

La sécurité de nos activités doit être notre préoccupation permanente

### *Participons à la mise en œuvre d'une culture sécurité*

Le développement d'un établissement sûr et qui inspire confiance, se fonde sur l'expérience tirée, jour après jour, intervention après intervention, des événements pouvant affecter la sécurité des patients et des professionnels.

Dans ce cadre, il est indispensable que **chaque agent, quelle que soit sa fonction au sein de l'établissement, communique spontanément toute information concernant des événements indésirables le concernant.**

**Le déclarant n'a pas l'obligation d'inscrire son nom lors de la déclaration. L'anonymisation du déclarant et du patient est systématiquement effectuée avant le traitement par les gestionnaires de risques.**

### *Développons une gestion positive de la déclaration*

Le recueil et le traitement des événements indésirables associés aux soins participent au développement de la culture sécurité. **L'analyse des Fiches d'Evènements Indésirables (FEI) permet de mettre en œuvre des mesures pour éviter que ces situations ne se reproduisent.**

### *Améliorons nos pratiques*

Centrée sur **la recherche collective de solutions pérennes**, l'analyse des FEI permet de comprendre, d'expliquer, de tirer des enseignements et de communiquer sur les faits et les mesures d'amélioration mises en œuvre. **Elle n'a pas pour but la recherche d'un fautif.**

### *La Direction s'engage à ne pas sanctionner les professionnels déclarant un évènement indésirable*

Toutefois, ce principe ne s'appliquera pas en cas de manquement délibéré ou répété aux règles de sécurité, ou en cas d'infraction pénale personnelle bien entendu.

L'identité des patients ou des déclarants n'est jamais communiquée à des tiers sauf dans le cadre des procédures légales ou judiciaires.

Nous insistons pour que chaque professionnel, quelle que soit sa fonction dans l'établissement, s'implique dans cette logique qui contribue à notre recherche permanente du plus haut niveau de sécurité de notre activité.

Le Directeur,  
Vincent THOMAS

Le 9 avril 2021

Le Président de la GME,  
Gaël FOULDRIN

## Charte des droits et libertés de la personne accueillie

**Article 1<sup>er</sup> - Principe de non-discrimination**

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

**Article 2 - Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté**

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

**Article 3 - Droit à l'information**

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers œuvrant dans le même domaine.

La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou le règlementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

**Article 4 - Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne**

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

- 1) La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;
- 2) Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.
- 3) Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti.

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

**Article 5 - Droit à la renonciation**

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation et des procédures de révision existantes en ces domaines.

**Article 6 - Droit au respect des liens familiaux**

La prise en charge ou l'accompagnement doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des frères prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficultés ou en situation de détresse prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin.

Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

**Article 7 - Droit à la protection**

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.

Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.

**Article 8 - Droit à l'autonomie**

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées.

Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et, lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

**Article 9 - Principe de prévention et de soutien**

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement.

Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice.

Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

**Article 10 - Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie**

L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution, qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice.

**Article 11 - Droit à la pratique religieuse**

Les conditions de la pratique religieuse, y compris la visite de représentants des différentes confessions, doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'abstiennent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'avis et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services.

**Article 12 - Respect de la dignité de la personne et de son intimité**

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

Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.





# Usagers, vos droits

## Charte de la personne hospitalisée

### Principes généraux\*

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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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

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

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

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

# CHARTRE DU PARCOURS DE SANTÉ

## USAGERS ET PROFESSIONNELS : ENSEMBLE POUR NOTRE SANTÉ !

- Chaque usager du système de santé a un parcours de santé particulier. Ce parcours personnalisé se construit dans le cadre de relations privilégiées établies avec les professionnels de santé qui l'accompagnent.
- La charte du parcours de santé a pour objectif de promouvoir le respect des droits des usagers, les conditions favorables à la réalisation de parcours de santé de qualité, sans rupture et adaptés aux besoins de l'utilisateur.
- Dans le cadre créé par les politiques de santé, cette charte présente les principes et objectifs qui s'appliquent à l'ensemble des étapes du parcours de santé, sur l'ensemble du territoire national.



### TROIS PRINCIPES

#### 1. Usagers et professionnels sont dans une relation partenariale

Cette relation est faite de respect, de bienveillance, de confiance et d'écoute mutuels.

Elle se construit selon des modalités adaptées à la situation personnelle de l'utilisateur, dans le respect de son autonomie.

Tout au long de son parcours de santé, l'utilisateur dispose de tous ses droits. Il ne fait l'objet d'aucune discrimination.

L'utilisateur agit selon les mêmes principes vis-à-vis des professionnels de santé.

L'utilisateur a la possibilité et les moyens d'exprimer son appréciation sur la qualité de la relation avec les professionnels et sur la qualité des soins ou des prestations reçues.

#### 2. Tout usager prend, avec le professionnel de santé, les décisions concernant sa santé

La décision repose sur le partage d'une information claire et loyale, incluant les aspects financiers et le reste à charge, permettant à l'utilisateur d'exprimer son consentement, ou son refus, libre et éclairé.

L'utilisateur est reconnu comme acteur de sa santé tout au long de sa vie. Le professionnel de santé exerce son activité en respectant les règles déontologiques qui s'imposent à lui.

Pour exercer son pouvoir de décision, l'utilisateur est en droit de se faire accompagner par la personne de son choix, qui peut être la personne de confiance. Toute personne a droit au respect de ses volontés quant à sa fin de vie telles qu'elle les a exprimées, notamment dans ses directives anticipées, dans le respect des obligations légales et réglementaires.

#### 3. Usagers et professionnels partagent des responsabilités collectives vis-à-vis de notre système de santé et de solidarité

Usagers et professionnels, directement ou par l'intermédiaire de leurs représentants, participent aux décisions relatives aux politiques de santé et de solidarité tant au niveau national que territorial et local.

Tous les usagers sont destinataires d'informations sur les représentants des usagers, sur les instances dans lesquelles ils siègent et sur la façon dont ils peuvent les saisir tout au long de leur parcours de santé.

Usagers et professionnels agissent en étant conscients que les décisions qu'ils prennent, les comportements qu'ils adoptent ont un impact sur la pérennisation de notre système de santé solidaire.

### QUATRE OBJECTIFS

#### 1. Agir pour la promotion de la santé, l'éducation pour la santé, la prévention et le maintien de la santé tout au long du parcours de santé

Usagers et professionnels adoptent une démarche de prévention tout au long du parcours de santé. Ils veillent, avec l'ensemble des acteurs du territoire, à promouvoir des environnements de vie favorables à la santé.

#### 2. Assurer l'accès de tout usager aux professionnels, aux établissements et services de santé, quelle que soit sa situation sociale, économique, géographique, d'état de santé, de handicap et de dépendance

Les professionnels s'assurent de l'accessibilité effective et équitable aux professionnels, établissements, structures et services de santé.

Dans l'intérêt de la santé publique, les professionnels font en sorte d'aller vers les personnes en marge du système de santé.

Les professionnels sont attentifs à articuler au mieux les réponses aux besoins de l'utilisateur dans le domaine de la santé et du social.

#### 3. Élaborer le parcours de santé personnalisé dans une démarche de coconstruction entre usager et professionnel de santé

L'utilisateur exerce son libre choix vis-à-vis des professionnels de santé, des thérapeutiques proposées, d'établissements ou de services, de lieux de vie ou de soins, sauf impératifs de sécurité sanitaire ou de contraintes de service.

Lorsque le professionnel, le service ou l'établissement ne peut assurer sa prise en charge, l'utilisateur doit bénéficier d'une orientation pertinente qui tienne compte de ses besoins, de ses choix et de ses ressources. L'utilisateur est en droit de modifier ces choix au cours du temps.

#### 4. Garantir la qualité, la continuité et la sécurité de la prise en charge et de l'accompagnement tout au long du parcours de santé personnalisé de l'utilisateur

L'ensemble des professionnels assurent la fluidité du parcours en se coordonnant et en partageant les informations nécessaires à la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement, ceci dans le respect de la volonté des usagers et de la protection des données personnelles.

Les personnes en situation de vulnérabilité, liée à certains handicaps, bénéficient de suivis spécifiques. Une vigilance particulière est portée au dépistage et à la prise en charge des maladies qui peuvent accompagner le handicap et des handicaps qui peuvent résulter de la maladie.

La douleur est prise en charge tout au long du parcours de santé.

Les usagers bénéficient, indépendamment de leurs ressources, de l'innovation disponible, évaluée, validée et présentant un bénéfice pour leur santé. Ils sont informés sur les essais cliniques susceptibles de les concerner et sur l'accès anticipé aux innovations thérapeutiques dans le cadre d'autorisations temporaires.

Cette charte s'inscrit dans les orientations de la Stratégie nationale de santé. Elle a été élaborée par la Conférence nationale de santé (CNS) à la demande de la ministre des Affaires sociales et de la Santé. Elle a été adoptée à l'unanimité le 6 juillet 2016. Le guide d'accompagnement de cette charte est disponible à l'adresse suivante : [www.cns.social-sante.gouv.fr](http://www.cns.social-sante.gouv.fr)





## CHARTRE DES BONNES PRATIQUES RELATIVE AUX INTERVENTIONS DES DÉLÉGUÉS MÉDICAUX AU CENTRE HOSPITALIER DU ROUVRAY



*La visite médicale a pour objet principal d'assurer la promotion des médicaments auprès du corps médical et de contribuer au développement des entreprises du médicament. Elle doit à cette occasion favoriser la qualité du traitement médical dans le souci d'éviter le mésusage du médicament, de ne pas occasionner de dépenses inutiles et de participer à l'information des médecins.*

*Conformément aux dispositions de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, cette charte a pour objectif de prévenir d'éventuels conflits d'intérêts et de renforcer le rôle de la visite médicale dans le bon usage du médicament et la qualité de la visite médicale. Elle s'inscrit dans les obligations déontologiques des délégués médicaux et des médecins.*

*Il est entendu par délégué médical, toute personne exerçant une activité d'information par démarchage ou prospection visant à la promotion d'un produit thérapeutique ou d'un dispositif médical.*

## CONDITIONS D'ACCÈS AUX SITES DU CENTRE HOSPITALIER DU ROUVRAY

- Chaque visite doit faire l'objet d'un rendez-vous qui spécifie l'objet du contact, les interlocuteurs concernés, la date, l'horaire, la durée et le lieu du rendez-vous. L'ensemble de ces éléments ainsi que l'identité du délégué médical chargé de venir dans l'établissement sont à communiquer obligatoirement à la Direction du Centre Hospitalier du Rouvray.
- Les autorisations de ces visites sont transmises préalablement par écrit par le directeur de l'établissement concernant les praticiens et par le praticien agréé concernant les internes.
- Chaque délégué doit, lors de sa visite dans la structure, porter un badge de façon visible et lisible avec son nom, son prénom et le nom de l'entreprise qu'il représente. Si la visite a lieu en intra, il doit avertir de sa présence à l'accueil de l'hôpital et signer le registre prévu à cet effet.
- Certains sites sont à accès restreint et nécessitent une autorisation du directeur de l'établissement, du chef de service après avis du chef de pôle.

## ORGANISATION DE LA VISITE

- Les modalités des visites médicales sont organisées par le chef de service ou son représentant. Les rencontres individuelles avec les internes ne sont pas autorisées et les rencontres collectives sont d'ordre général à favoriser.
- Le délégué médical s'engage à ne pas fournir d'échantillons, cette pratique étant interdite sauf auprès de la pharmacie dans des conditions spécifiques selon les dispositions de l'article R.5122-17.
- Le délégué médical s'engage à fournir l'ensemble des informations concernant le produit qu'il présente ainsi que tous les aspects réglementaires, pharmacothérapeutiques et médico-économique le concernant.
- Le délégué médical s'engage à faire preuve de discrétion professionnelle lors de ses visites au sein de l'établissement.

## DÉONTOLOGIE

- Le délégué médical s'engage à ne pas user d'incitations pour obtenir un droit de visite. Seuls les avantages faisant l'objet d'une convention transmise à l'Ordre des médecins peuvent être éventuellement autorisés. Tous les cadeaux en nature et en espèces sont proscrits.
- Les informations relatives aux médecins, collectées par le délégué médical, le sont conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 sur l'informatique et les libertés. La base de données dans laquelle ces informations sont collectées est déclarée à la CNIL et le visiteur médical en informe le praticien.

- Le délégué médical s'engage à une obligation de discrétion professionnelle sur ce qu'il a pu voir ou entendre lors de ses visites au sein de l'établissement.
- Les documents de présentation remis par le délégué médical doivent respecter la réglementation relative aux outils de promotion conformément aux articles R5121-21, R5122-1, R.5122-9 et L5123-2 du Code de la Santé Publique.
- Un bilan annuel des visites effectuées sera réalisé par les sociétés dont les délégués médicaux sont intervenus dans l'établissement et sera transmis pour information auprès du COMEDIMS.

*Tout manquement aux dispositions de la présente Charte, au règlement intérieur de l'établissement et à la réglementation peut conduire le Directeur ou son représentant à prononcer une interdiction d'accès à l'établissement du délégué médical ou l'entreprise qu'il représente, sur avis du président de la CME.*

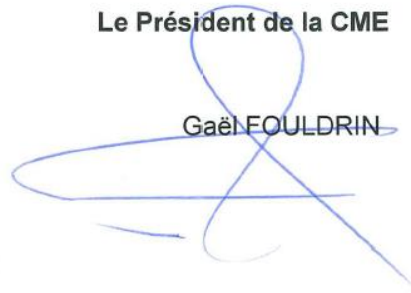
**Le Directeur du  
Centre Hospitalier du Rouvray**

Lucien VICENZUTTI

P/s 

**Le Président de la CME**

Gaël FOULDRIN



# CHARTRE de la laïcité

## DANS LES SERVICES PUBLICS

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

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

des agents du service public

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

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

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

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

des usagers du service public

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

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

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

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

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

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



## Charte d'utilisation des réseaux sociaux

**Vous êtes agents, stagiaires, étudiants - savez-vous que chacune de vos actions, même derrière un écran, engage votre responsabilité individuelle ?**

### Tout d'abord, le cadre légal :

Avant de publier une information sur les réseaux sociaux, vous devez vérifier que vous respectez les principales règles de droit :

- Droits de l'Homme et du Citoyen : *La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui*
- Droits de la personne (droit à l'image, droit à la vie privée, non-diffamation)
- Devoir de réserve, discrétion professionnelle, confidentialité
- Droit de propriété littéraire et artistique (droits de propriété intellectuelle...)

### Ensuite, soyez responsables et respectueux :

- ⇒ Les réseaux sociaux sont de véritables espaces publics, visibles et consultables par tous.
- ⇒ Tout le monde peut propager vos idées en republiant un contenu écrit, vidéo ou audio instantanément.
- ⇒ Vos conversations, personnelles ou professionnelles, peuvent être diffusées partout sans votre accord.
- ⇒ Vous êtes impliqué personnellement dans tout ce que vous publiez.

### alors,

- ⇒ Vérifiez vos paramètres de sécurité, vos fonctions de géolocalisation et sécurisez vos comptes **très régulièrement**
- ⇒ Avant de publier ou commenter, assurez-vous que vos actions ne sont pas configurées par défaut en mode « public »
- ⇒ Distinguez votre vie professionnelle de votre vie privée
- ⇒ La publication d'une photo et/ou d'un commentaire doit toujours être réfléchie (des personnes inconnues pourraient y accéder)
- ⇒ Avant de publier une photo, attention à l'arrière-plan
- ⇒ N'identifiez personne, sans son accord, en commentant des vidéos ou photos.
- ⇒ Respectez les personnes : collègues, patients, fonctions et établissement... et ne prenez pas la parole au nom des autres ou au nom de l'hôpital (les propos injurieux, racistes, xénophobes, homophobes sont punis par la loi)
- ⇒ Rappelez-vous : rien ne disparaît. Ce que vous publiez ne vous appartient plus.
- ⇒ Sensibilisez votre entourage à toutes ces recommandations.

### Enfin, sachez que :

Vos publications n'engagent pas toujours que vous.

L'image de l'établissement peut être associée à votre comportement et à vos propos.

*Pour en savoir plus, cette Charte est liée une capsule consultables en page d'accueil de l'INTRANET.*

---

# Charte du bon usage des technologies numériques

---

Utilisateurs des SI des établissements du  
GHT

---

**Direction du Système d'Information**  
Département Méthode, Qualité, Sécurité et Contrôle  
Interne

---

Version document : 19/02/2020

---



**Charte du bon usage des technologies numériques**  
Utilisateurs des SI des établissements du GHT**SOMMAIRE**

<a href="#">A. La Charte</a> .....	114
<a href="#">B. Les règles de sécurité – Ce qu’il faut savoir !</a> .....	114
<a href="#">C. Objet de la Charte</a> .....	118
<a href="#">D. Champ d’application de la Charte</a> .....	118
<a href="#">E. Validation de la Charte – A finaliser / Dater lors du processus interne à chaque établissement</a>	119
<a href="#">F. Définitions</a> .....	119
<a href="#">G. Cadre réglementaire</a> .....	120
<a href="#">H. Critères fondamentaux de la sécurité numérique</a> .....	121
<a href="#">I. Règles de sécurité – Version détaillée</a> .....	122
<a href="#">J. Surveillance du système d’information</a> .....	128
<a href="#">K. Sanctions</a> .....	129
<a href="#">Liste des domaines Internet interdits</a> .....	129
<a href="#">Liste des extensions autorisées en téléchargement depuis Internet</a> .....	132

## La Charte

La Charte d'utilisation des technologies numériques et des systèmes d'information du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rouen, du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Rouen Cœur de Seine et des établissements membres pose des **règles permettant d'assurer la sécurité et la performance des systèmes d'information du GHT et des établissements, de préserver la confidentialité des données dans le respect de la réglementation en vigueur et des droits et libertés reconnus aux utilisateurs et aux patients**, conformément à la politique de sécurité du système d'information définie par l'établissement support et au règlement général sur la protection des données (RGPD) en vigueur depuis mai 2018. La présente Charte est annexée aux règlements intérieurs des établissements et juridiquement opposable.

La Charte est mise à disposition sur l'Intranet et disponible dans les services administratifs, techniques et médicaux des établissements du GHT.

Les établissements de santé du GHT hébergent des données et des informations médicales et administratives sur les patients (dossier médical, dossier de soins, dossier images et autres dossiers médico-techniques, ...), et sur les personnels (paie, gestion du temps, évaluations, accès à Internet et à la messagerie, etc.).

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

## Les règles de sécurité – Ce qu'il faut savoir !

### **Confidentialité de l'information et obligation de discrétion**

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

L'accès par les utilisateurs aux informations et documents conservés sur les systèmes informatiques doit être limité à ceux qui leur sont propres, ainsi que ceux publics ou partagés. Il est ainsi interdit de prendre connaissance d'informations détenues par d'autres utilisateurs, même si ceux-ci ne les ont pas explicitement protégées.

L'accès aux données de santé à caractère personnel des patients par des professionnels habilités se fait avec une carte professionnelle de type CPS, CPE, CPF ou tout autre moyen technique sécurisé et validé (login / mot de passe fort, système biométrique, etc.).

### **Protection de l'information**

Il est important de **ne stocker aucune donnée ni aucun document en local sur les postes de travail**.

Les documents bureautiques produits doivent être stockés sur des serveurs de fichiers. Ces espaces sont à usage professionnel uniquement. Le stockage de données privées sur des disques réseau est interdit.

Le **matériel portable doit être rangé en lieu sûr**. De même, tout support mobile de données fourni par l'établissement (exemples : CD, disquette, clé, disque dur, etc.) doit systématiquement être stocké en lieu sûr.

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

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

### **Usage des ressources informatiques**

Sauf en cas de processus validé l'autorisant, sur un périmètre défini, **l'usage de matériel personnel dans le cadre professionnel est interdit**.

## Usage des outils de communication

Les outils de communication tels que le téléphone, le fax, Internet ou la messagerie sont destinés par principe à un usage exclusivement professionnel.

### ▪ Usage d'Internet

Il conviendra d'être particulièrement vigilant lors de l'utilisation de l'Internet et à ne pas mettre en danger l'image ou les intérêts de l'établissement de santé.

Il est recommandé à chaque utilisateur de **ne pas fournir son adresse électronique professionnelle, ni aucune coordonnée professionnelle sur Internet**, si ce n'est strictement nécessaire à la conduite de son activité professionnelle.

Il est interdit de se connecter ou de tenter de se connecter à Internet par des moyens autres que ceux fournis par l'établissement.

Il est **interdit de participer à des forums, blogs et groupes de discussion à des fins non professionnelles**, et de se connecter sur des sites à caractère injurieux, violent, raciste, discriminatoire, pornographique, diffamatoire ou manifestement contraire à l'ordre public.

Il est **interdit de poster sur les réseaux sociaux** toute image, toute vidéo et tout commentaire associés à l'environnement professionnel général des établissements. En règle générale, aucune interaction professionnelle avec un réseau social n'est autorisée. Seule la Direction générale est habilitée à établir et à animer, ou à faire animer par des personnes habilitées, une communication ponctuelle ou régulière sur un réseau social.

### ▪ Usage de la messagerie

Il est **strictement interdit d'utiliser la messagerie pour des messages d'ordre commercial ou publicitaire, du prosélytisme, du harcèlement, des messages insultants ou de dénigrement, des textes ou des images provocants et / ou illicites, ou pour propager des opinions personnelles qui pourraient engager la responsabilité de l'établissement ou de porter atteinte à son image.**

Les utilisateurs sont tenus par leurs clauses de confidentialité et de loyauté contractuelles dans le contenu des informations qu'ils transmettent par email.

Afin de ne pas surcharger les serveurs de messagerie, les utilisateurs doivent veiller à éviter l'envoi de pièces jointes volumineuses, notamment lorsque le message comporte plusieurs destinataires. Seules les pièces jointes professionnelles de type « documents » ou « images » sont autorisées.

Un usage privé de la messagerie est toléré s'il reste exceptionnel. Les messages personnels doivent comporter explicitement la mention « privé » dans l'objet. A défaut, les messages seront réputés relever de la correspondance professionnelle. Les messages marqués « privé » ne doivent pas comporter de signature d'ordre professionnel à l'intérieur du message.

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

Tout message suspect doit être signalé au Responsable Sécurité du Système d'Information par mail à l'adresse de messagerie [DIRSecurite@chu-rouen.fr](mailto:DIRSecurite@chu-rouen.fr).

**Les messages à diffusion générale sont réglementés selon la procédure de gestion des listes de diffusion en vigueur au sein de l'établissement.**

L'utilisation de messagerie personnelle est interdite pour la transmission de données (médicales ou non médicales) en lien avec l'activité de l'établissement.

**Toutes transmissions de données de santé nominative doivent obligatoirement être réalisées par le biais d'une messagerie sécurisée (MSSanté).** Seuls les professionnels de santé ou toute autre personne habilitée par la Direction Générale sont habilités à procéder à ce type de transmission afin de respecter le cadre juridique de l'échange des données personnelles de santé (article L1110-4 du code de la santé publique) ainsi que de leur hébergement (article L1111-8 du code précité).

## **Usage des identifiants, des mots de passe et des codes d'accès**

Vous disposez d'un **compte nominatif** vous permettant d'accéder aux applications et aux systèmes informatiques de l'établissement. Ce compte est personnel.

Il est strictement **interdit d'usurper une identité en utilisant ou en tentant d'utiliser le compte d'un autre utilisateur** ou en agissant de façon anonyme dans le système d'information.

Pour utiliser ce compte nominatif, l'utilisateur dispose d'un login et d'un mot de passe, ou utilise une carte professionnelle d'établissement (de type CPS, CPE ou CPF) ou équivalent (avec un code personnel à 4 chiffres).

Le mot de passe choisi doit être robuste (8 caractères minimum, mélange de chiffres, lettres et caractères spéciaux), de préférence simple à mémoriser, mais surtout complexe à deviner. Il doit être changé tous les 6 mois.

Les **règles relatives au mot de passe** pour l'accès au poste de travail sont :

- 8 caractères minimum avec 4 types différents (majuscules, minuscules, chiffres et caractères spéciaux)
- Pas d'usage de nom, de prénom ou de mot du dictionnaire
- Pour éviter aux utilisateurs de les réutiliser, les 5 derniers mots de passe de l'utilisateur sont conservés en mémoire
- Un blocage du compte est prévu après saisie de 3 mots de passe erronés
- Un processus automatique de renouvellement pourra être mis en place pour rendre obligatoire ce changement de mot de passe tous les 90 jours maximum
- L'utilisateur doit changer dès sa première connexion le mot de passe afin de le personnaliser. Le mot de passe sera également à réinitialiser dans le cas d'un renouvellement consécutif à un oubli.

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

Pour cela, sur un poste dédié, il convient de **fermer ou verrouiller sa session** lorsqu'on quitte son poste.

Les utilisateurs s'engagent également à signaler, auprès du Responsable Sécurité du Système d'Information, par mail à l'adresse de messagerie [DIRSecurite@chu-rouen.fr](mailto:DIRSecurite@chu-rouen.fr), toute tentative de violation de leur accès individuel au système d'information ou toute possibilité d'accès à une ressource informatique ne correspondant pas à leur niveau d'habilitation.

## **Usage des ressources numériques**

### ▪ **Poste de travail**

Dans le cadre de sa mission, un collaborateur peut se voir fournir un ou plusieurs postes de travail, fixes ou nomades. Il est de son devoir d'appliquer les **règles de bonnes pratiques liées à ce type de matériel**.

Le poste professionnel ne peut être utilisé que par l'utilisateur (ou parfois le Service, ce qui constitue une exception) auquel il a été affecté, pour les finalités professionnelles définies.

### ▪ **Usage des Smartphones**

**Seuls les téléphones portables fournis par l'établissement ou installés par la DSI peuvent être connectés au réseau** et donc accéder aux systèmes de messagerie ou à d'autres applications internes aux systèmes d'information des établissements du GHT.

### ▪ **Objets communicants**

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

#### ▪ **Applications en ligne**

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

#### ▪ **Espaces de stockage**

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

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

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

L'usage de périphériques type clés USB ou disques externes doit rester exceptionnel : **seuls les périphériques de stockage fournis par la structure sont autorisés** et tout périphérique de ce type doit faire l'objet d'un scan par l'antivirus à chaque utilisation.

#### **Utilisation du système d'information à distance**

Les personnels autorisés à accéder aux systèmes de l'extérieur dans le cadre de leur fonction doivent être habilités par la DAM (pour les personnels médicaux) ou la DRH (pour les personnels non médicaux), et utiliser les outils validés et fournis par la DSI.

Chaque utilisateur bénéficiant de ce service s'engage à **respecter les principes de double authentification mis en œuvre, ainsi que les règles de base permettant d'assurer la sécurité des matériels connectés et la confidentialité des données visibles ou échangées**.

#### **Création de fichiers professionnels contenant des données à caractère personnel**

Vous créez un **fichier contenant des données à caractère personnel** (Excel, Word par exemple) dans le cadre de votre travail. Attention ! Vous devez respecter le cadre du Règlement Général sur la Protection des Données (le RGPD).

Alors avant d'aller plus loin, contactez le Délégué à la Protection des Données : [dpo@chu-rouen.fr](mailto:dpo@chu-rouen.fr), qui rattachera le fichier à un traitement défini et vous informera sur les précautions à prendre.

## Objet de la Charte

Ce document constitue la Charte d'utilisation des technologies numériques et des systèmes d'information du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rouen, du GHT Rouen Cœur de Seine et des établissements membres dudit GHT.

La présente Charte a pour objet de décrire les règles d'accès et d'utilisation des ressources informatiques et des services Internet et rappelle à ses utilisateurs les droits, les devoirs et les responsabilités qui leur incombent dans l'utilisation du système d'information mis à disposition dans le cadre de l'exercice de leurs métiers.

Elle pose des règles permettant d'assurer la sécurité et la performance des systèmes d'information du GHT et des établissements, de préserver la confidentialité des données dans le respect de la réglementation en vigueur et des droits et libertés reconnus aux utilisateurs et aux patients, conformément à la politique de sécurité du système d'information définie par l'établissement support et au règlement général sur la protection des données (RGPD) en vigueur depuis mai 2018.

Ce document est un élément complémentaire de la **Politique de Sécurité du Système d'Information**, document fondateur de la démarche de sécurisation des systèmes d'information du GHT et de ses établissements.

Cette Charte a été validée par le Comité Stratégique (COSTRAT) du GHT. Préalablement, sa mise en œuvre a été notifiée au(x) CTE et à la CME. Elle constitue une annexe au Règlement Intérieur de l'établissement. Les membres du personnel et les personnels extérieurs sont invités à en prendre connaissance. La Charte est mise à leur disposition sur l'Intranet et distribuée dans les services administratifs, techniques et médicaux des établissements du GHT.

## Champ d'application de la Charte

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

Il s'agit principalement des ressources suivantes :

- Ordinateurs de bureau ;
- Ordinateurs portables ;
- Terminaux portables ;
- Imprimantes simples ou multifonctions ;
- Tablettes ;
- Smartphones ;
- Objets connectés (de santé ou techniques)
- Applications externes au catalogue applicatif du SI de GHT

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

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

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

## Validation de la Charte – A finaliser / Dater lors du processus interne à chaque établissement

Cette Charte a été validée par le Comité Stratégique du GHT, puis par la Direction générale de chaque établissement membre du GHT.

Préalablement à sa mise en œuvre, elle a été notifiée :

- aux Comités d'Établissement
- aux Délégués du personnel par le biais du Comité Technique d'Établissement (CTE) et du Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT).

Cette charte est un élément constituant une annexe du Règlement Intérieur de l'établissement. Les membres du personnel et les personnels extérieurs sont invités à en prendre connaissance.

Cette Charte a fait l'objet de travaux communs afin d'harmoniser les pratiques d'accès et d'usage du SI des établissements et de faciliter l'utilisation des SI hospitaliers par les personnels qui exercent dans plusieurs structures au sein du groupement.

Toute modification de la présente charte donne lieu à une présentation des évolutions aux instances citées ci-dessus.

## Définitions

Des définitions complémentaires issues de la PGSSI-S de l'ASIP Santé sont intégrées à la présente Charte pour en faciliter la compréhension.

### **Administrateur fonctionnel**

*Professionnels de santé à qui sont délégués des droits d'administration d'un ou plusieurs progiciels métier donnés.*

### **Administrateur technique**

*Membre du service informatique en charge des ressources informatiques. Il est soumis au secret professionnel en ce qui concerne les données personnelles ou confidentielles dont il pourrait être amené à prendre connaissance dans l'exercice de ses fonctions.*

### **Département Méthode, Qualité, Sécurité et Contrôle Interne**

*Département en charge des méthodes, de la qualité, de la sécurité des systèmes d'information, du contrôle interne. Le Département est responsable de la production, de la mise en exploitation et du contrôle du respect des procédures et processus opérationnels et de pilotage de la DSI.*

### **DPD ou DPO**

*Le Délégué à la Protection des Données (DPD) ou Data Protection Officer (DPO), est une personne chargée d'assurer, au sein de l'établissement pour laquelle il a délégation de responsabilité, la conformité et la sécurité des traitements sur les données à caractère personnel dans le respect du Règlement Général sur la Protection des Données ou RGPD.*

### **DSI**

*Direction du Système d'Information. Elle est responsable de l'ensemble des composants matériels (postes de travail, serveurs, équipements de réseau, systèmes de stockage, de sauvegarde et d'impression, ...) et logiciels du système d'information.*

### **Moyens informatiques**

*Moyens matériels (ordinateurs, serveurs, imprimantes, tablettes, smartphones, tout objet communicant avec le système d'information) et logiciels mis à disposition dans le cadre des fonctions occupées. Ce document utilise indifféremment les termes "moyens informatiques" ou "ressources informatiques".*

### **Périphériques**

*Matériels connectés à un poste de travail ou directement sur le réseau local (exemples : clé USB, disque dur externe, imprimante, scanner, ...).*

### **Réseau**

*Ensemble d'ordinateurs et de machines informatiques communiquant grâce à une technique commune de transmission.*

### **Responsable Sécurité du Système d'Information**

*Personne chargée de la définition et de la mise en œuvre de la Politique de Sécurité des Systèmes d'Information.*

### **Sécurité**

*Ensemble des moyens techniques, organisationnels, juridiques et humains mis en place pour la protection du système d'information en termes d'intégrité, de confidentialité, de disponibilité et d'auditabilité.*

### **Système d'information**

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

## Cadre réglementaire

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

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

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

### **Code Pénal et Articles de loi**

- Loi n°78-17 du 6 janvier 1978, relative à *l'informatique, aux fichiers et aux libertés*, modifiée le 6 août 2004 : Réglemente les systèmes de traitement de l'information contenant des données nominatives.
- Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (Règlement Général sur la Protection des Données ou RGPD)
- **Le secret professionnel** : Article 226-13 énonce : « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.* »
- **Le secret médical** pour la protection des données médicales nominatives : Article 226-13 & 226-14 du code pénal et Articles 4, 72 & 73, 104 du code de déontologie des médecins (Décret 95-1000 du 6 septembre 1995).
- Articles 226-13, 226-15, 226-16, 226-17, 226-21 et 226-22 modifiés par la loi du 6 août 2004, relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.



- Articles 227-23 et 227-24 modifiés par la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance.
- Articles 323-1, 323-2, 323-3 et 323-5 (Loi Godfrain), modifiés par la loi du 21 juin 2004 pour la confiance dans l'économie numérique.
- Loi n°2004-575 du 21 juin 2004 pour la confiance dans l'économie numérique.
- Loi n°2006-64 du 23 janvier 2006 relative à la lutte contre le terrorisme et portant dispositions diverses relatives à la sécurité et aux contrôles frontaliers.

#### **Code de la Propriété intellectuelle**

- Articles L335-1 à L335-8 modifiés par les lois du 1<sup>er</sup> Août 2006 relatives au droit d'auteur et aux droits voisins dans la société de l'information, du 28 octobre 2009 relative à la protection de la propriété littéraire et artistique sur Internet, du 29 octobre 2007 de lutte contre la contrefaçon, du 12 juin 2009 favorisant la diffusion et la protection de la création sur Internet.
- Articles L342-1 à L342-5 et L343-1 et L343-2 relatifs à la protection des bases de données.

#### **Code de la Santé Publique**

- Article L 1110.4 relatif aux dérogations, la communication d'informations à des proches, et la possibilité d'échange d'informations entre professionnels de santé
- Article L 1111.7 relatif à la constitution d'un dossier au sein de l'établissement comportant toutes les informations de santé d'un patient et la possibilité pour celui-ci d'accéder à ces informations.
- Article L 1111.8 relatif à la possibilité des professionnels et établissements de santé de déposer les données de santé à caractère personnel recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, auprès de personnes morales ou physiques agréées à cet effet.

#### **Réglementation ministérielle**

- PSSI de l'Etat – PSSI MCAS (Ministères chargés des Affaires Sociales et de la Santé)
- PGSSI-S de l'ASIP Santé
- Documents ANSSI dont RGS
- Conformité Programme Hôpital Numérique
- Conformité Programme HOP'EN
- Conformité HAS
- Conformité certification des comptes publics

#### **Réglementation européenne**

- Conformité au Règlement Général sur la Protection des Données – RGPD
- Conformité à la Directive NIS

### **Critères fondamentaux de la sécurité numérique**

#### **Principes**

Les établissements de santé du GHT hébergent des données et des informations médicales et administratives sur les patients (dossier médical, dossier de soins, dossier images et autres dossiers médico-techniques, ...), et sur les personnels (paie, gestion du temps, évaluations, accès à Internet et à la messagerie, ...).

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

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

- **Sa disponibilité** : l'information doit être accessible à l'utilisateur, quand celui-ci en a besoin;
- **Son intégrité** : l'information doit être exacte, exhaustive et conservée intacte pendant sa durée de vie ;
- **Sa confidentialité** : l'information ne doit être accessible qu'aux personnes autorisées à y accéder ;
- **Sa traçabilité** : les systèmes doivent comporter des moyens de preuve sur les accès et opérations effectuées sur l'information.

### Une mission sécurité

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

### Un enjeu technique et organisationnel

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

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

### Une gestion des risques

L'information médicale, qu'elle soit numérique ou non, est un composant sensible qui intervient dans tous les processus de prise en charge des patients. Une information manquante, altérée ou indisponible peut constituer une perte de chance pour le patient (exemples : erreur dans l'identification d'un patient (homonymie par exemple), perte de données suite à une erreur d'utilisation d'une application informatique, ...).

La sécurité repose sur une gestion des risques avec des analyses des risques potentiels, des suivis d'incidents, des dispositifs d'alertes.

La **communication vers les utilisateurs** est un volet important de cette gestion. La présente Charte d'accès et d'usage du système d'information s'inscrit dans ce plan de communication.

## Règles de sécurité – Version détaillée

L'accès au système d'information est soumis à autorisation. Une demande préalable est ainsi requise pour l'attribution d'un accès aux ressources informatiques, aux services Internet et de télécommunication ; la demande exprimée par l'utilisateur est au préalable validée par son manager, qui précise les accès nécessaires à son collaborateur et la transmet selon un processus établi.

Le service informatique attribue alors au demandeur son droit d'accès et la présente Charte d'accès et d'usage du système d'information doit être validée par celui-ci.

Ce droit d'accès est strictement personnel et concédé à l'utilisateur pour des activités exclusivement professionnelles. Il ne peut être cédé, même temporairement à un tiers, sauf pour nécessité de service avec validation par mail au préalable auprès du responsable hiérarchique et / ou de la DRH / DAM.

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

L'obtention d'un droit d'accès au système d'information de l'établissement de santé entraîne pour l'utilisateur les droits et les responsabilités précisées dans les paragraphes ci-dessous.

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

Les personnels de l'établissement sont soumis au secret professionnel et / ou médical. Cette obligation revêt une importance toute particulière lorsqu'il s'agit de données de santé. Les personnels se doivent de faire preuve d'une discrétion absolue dans l'exercice de leur mission. Un comportement exemplaire est exigé dans toute communication, orale ou écrite, téléphonique ou électronique, que ce soit lors d'échanges professionnels ou au cours de discussions relevant de la sphère privée.

L'accès par les utilisateurs aux informations et documents conservés sur les systèmes informatiques doit être limité à ceux qui leur sont propres, ainsi que ceux publics ou partagés. Il est ainsi interdit de prendre connaissance d'informations détenues par d'autres utilisateurs, même si ceux-ci ne les ont pas explicitement protégées. Cette règle s'applique en particulier aux données couvertes par le secret professionnel, ainsi qu'aux conversations privées de type courrier électroniques dont l'utilisateur n'est ni directement destinataire, ni en copie.

L'accès aux données de santé à caractère personnel des patients par des professionnels habilités se fait avec une carte professionnelle d'établissement de type CPS, CPE ou CPF ou tout autre moyen technique sécurisé et validé (login / mot de passe fort, système biométrique, etc.).

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

### **Protection de l'information**

Les postes de travail permettent l'accès aux applications du système d'information. Ils permettent également d'élaborer des documents bureautiques. Il est important de ne stocker aucune donnée ni aucun document sur ces postes (disques durs locaux).

Les bases de données associées aux applications sont implantées sur des serveurs centraux hébergés dans des salles protégées. De même, les documents bureautiques produits doivent être stockés sur des serveurs de fichiers. Ces espaces sont à usage professionnel uniquement. Le stockage de données privées sur des disques réseau est interdit.

Le cas échéant, ceux qui utilisent un matériel portable (exemples : poste, tablette, smart phone, ...) ne doivent pas le mettre en évidence pendant un déplacement, ni exposer son contenu à la vue d'un voisin de train ... ; le matériel doit être rangé en lieu sûr. De même, il faut ranger systématiquement en lieu sûr tout support mobile de données (exemples : CD, disquette, clé, disque dur, ...).

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

Il faut également mettre sous clé tout dossier ou document confidentiel lorsqu'on quitte son espace de travail.

Les médias de stockage amovibles (exemples : clefs USB, CD-ROM, disques durs ...) présentent des risques très forts vis-à-vis de la sécurité : risques importants de contamination par des programmes malveillants (virus) ou risques de perte de données. Leur usage doit être fait avec une très grande vigilance. L'établissement se réserve le droit de limiter voire d'empêcher l'utilisation de ces médias en bloquant les ports de connexion des outils informatiques.

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

### **Usage des ressources informatiques**

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

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

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

Sauf en cas de processus validé l'autorisant, sur un périmètre défini, l'usage de matériel personnel dans le cadre professionnel est interdit.

### **Usage des outils de communication**

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

#### **▪ Usage du téléphone et du fax**

Le téléphone et le fax sont des moyens potentiels d'échanges de données qui présentent des risques puisque l'identité de l'interlocuteur qui répond au téléphone ou de celui qui réceptionne un fax n'est pas garantie.

Il ne faut ainsi communiquer aucune information sensible par téléphone, notamment des informations nominatives, médicales ou non, ainsi que des informations ayant trait au fonctionnement interne de l'établissement.

Exceptionnellement, une communication d'information médicale peut être faite après avoir vérifié l'identité de l'interlocuteur téléphonique. Si un doute subsiste, le numéro de téléphone de l'interlocuteur indiqué doit être vérifié, le cas échéant, dans les annuaires de patients ou professionnels.

La communication d'informations médicales (exemples : résultats d'examens, ...) aux patients et aux professionnels extérieurs est strictement réglementée. Les utilisateurs concernés doivent se conformer à la réglementation et aux procédures de l'établissement en vigueur.

#### **▪ Usage d'Internet**

L'accès à l'Internet a pour objectif d'aider les personnels à trouver des informations nécessaires à leur mission usuelle, ou dans le cadre de projets spécifiques.

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

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

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

Tous les accès Internet sont tracés et enregistrés et conservés par un dispositif de filtrage et de traçabilité. Il est donc possible pour l'établissement de connaître, pour chaque salarié, le détail de son activité sur l'Internet.

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

Il est interdit de poster sur les réseaux sociaux toute image, toute vidéo et tout commentaire associés à l'environnement professionnel général des établissements. En règle générale, aucune interaction professionnelle avec un réseau social n'est autorisée. Seule la Direction générale est habilitée à établir et à animer, ou à faire animer par des personnes habilitées, une communication ponctuelle ou régulière sur un réseau social.

#### ▪ Usage de la messagerie

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

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

Un usage privé de la messagerie est toléré s'il reste exceptionnel. Les messages personnels doivent comporter explicitement la mention « privé » dans l'objet. A défaut, les messages seront réputés relever de la correspondance professionnelle. Les messages marqués « privé » ne doivent pas comporter de signature d'ordre professionnel à l'intérieur du message.

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

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

Afin de ne pas surcharger les serveurs de messagerie, les utilisateurs doivent veiller à éviter l'envoi de pièces jointes volumineuses, notamment lorsque le message comporte plusieurs destinataires. Seules les pièces jointes professionnelles de type « documents » ou « images » sont autorisées.

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

Tout message suspect doit être signalé au Responsable Sécurité du Système d'Information par mail à l'adresse de messagerie [DIRSecurite@chu-rouen.fr](mailto:DIRSecurite@chu-rouen.fr).

Un outil d'anti-spam est déployé afin d'assurer l'efficacité des communications entre l'établissement et son écosystème. Les utilisateurs ont accès à une interface de gestion afin d'identifier leurs interlocuteurs ainsi que les messages bloqués.

**Les messages à diffusion générale sont réglementés selon la procédure de gestion des listes de diffusion en vigueur au sein de l'établissement.** L'usage des listes de diffusion doit être strictement professionnel.

L'utilisation de messagerie personnelle est interdite pour la transmission de données (médicales ou non médicales) en lien avec l'activité de l'établissement.

Il est rappelé que le réseau Internet n'est pas un moyen de transport sécurisé. Il ne doit donc pas servir à l'échange d'informations médicales nominatives en clair. En l'absence de dispositif de chiffrement de l'information de bout en bout, les informations médicales doivent être rendues anonymes.

**Toutes transmissions de données de santé nominative doivent obligatoirement être réalisées par le biais d'une messagerie sécurisée (MSSanté).** Seuls les professionnels de santé ou les secrétariats sont habilités à procéder à ce type de transmission afin de respecter le cadre juridique de l'échange des données personnelles de santé (article L1110-4 du code de la santé publique) ainsi que de leur hébergement (article L1111-8 du code précité).

### **Usage des identifiants, des mots de passe et des codes d'accès**

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

Pour utiliser ce compte nominatif, l'utilisateur dispose d'un login et d'un mot de passe, ou utilise une carte CPS ou équivalent (avec un code personnel à 4 chiffres).

Les règles relatives au mot de passe pour l'accès au poste de travail sont :

- 8 caractères minimum avec 4 types différents (majuscules, minuscules, chiffres et caractères spéciaux)
- Pas d'usage de nom, de prénom ou de mot du dictionnaire
- Pour éviter aux utilisateurs de les réutiliser, les 5 derniers mots de passe de l'utilisateur sont conservés en mémoire
- Un blocage du compte est prévu après saisie de 3 mots de passe erronés
- Un processus automatique de renouvellement pourra être mis en place pour rendre obligatoire ce changement de mot de passe tous les 90 jours maximum
- L'utilisateur doit changer dès sa première connexion le mot de passe afin de le personnaliser. Le mot de passe sera également à réinitialiser dans le cas d'un renouvellement consécutif à un oubli.

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

Chaque utilisateur est responsable de son compte et son mot de passe, et de l'usage qui en est fait. Il ne doit ainsi pas mettre à la disposition de tiers non autorisés un accès aux systèmes et aux réseaux de l'établissement dont il a l'usage.

La plupart des systèmes informatiques et des applications de l'établissement assurent une traçabilité complète des accès et des opérations réalisées à partir des comptes sur les applications médicales et médico-techniques, les applications administratives, le réseau, la messagerie, l'Internet, ... Il est ainsi possible pour l'établissement de vérifier *a posteriori* l'identité de l'utilisateur ayant accédé ou tenté d'accéder à une application au moyen du compte utilisé pour cet accès ou cette tentative d'accès.

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

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

Les utilisateurs s'engagent également à signaler, auprès du Responsable Sécurité du Système d'Information, par mail à l'adresse de messagerie [DIRSecurite@chu-rouen.fr](mailto:DIRSecurite@chu-rouen.fr), toute tentative de violation de leur accès individuel au système d'information ou toute possibilité d'accès à une ressource informatique ne correspondant pas à leur niveau d'habilitation.

Lors du départ d'un collaborateur, il doit être indiqué auprès des Directions ou les Pôles impactés, conformément aux procédures en vigueur, ce qu'il sera fait des fichiers et courriers électroniques du collaborateur. La carte professionnelle CPx ou les outils d'authentification utilisés doivent être restitués selon les procédures prévues à cet effet par la DSI.

### **Image de marque de l'établissement**

Les utilisateurs de moyens informatiques ne doivent pas nuire à l'image de marque de l'établissement en utilisant des moyens, que ce soit en interne ou en externe, à travers des communications d'informations à l'extérieur de l'établissement ou du fait de leurs accès à Internet.

## Usage des ressources numériques

### ▪ Poste de travail

Dans le cadre de sa mission, un collaborateur peut se voir fournir un ou plusieurs postes de travail, fixes ou nomades. Il est de son devoir d'appliquer les règles de bonne pratique liées à ce type de matériel.

Le poste professionnel ne peut être utilisé que par l'utilisateur (ou parfois le Service, ce qui constitue une exception) auquel il a été affecté, pour les finalités professionnelles définies.

### ▪ Usage des Smartphones

Seuls les téléphones portables fournis par l'établissement ou installés par la DSI peuvent être connectés au réseau et donc accéder aux systèmes de messagerie ou à d'autres applications internes aux systèmes d'information des établissements du GHT.

### ▪ Objets communicants

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

#### ▪ Applications en ligne

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

#### ▪ Espaces de stockage

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

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

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

L'usage de périphériques type clés USB ou disques externes doit donc rester exceptionnel :

- Seuls les périphériques de stockage fournis par la structure sont autorisés ;
- Tout périphérique de ce type doit faire l'objet d'un scan par l'antivirus à chaque utilisation par le collaborateur.

## Utilisation du système d'information à distance

Les utilisateurs doivent être conscients des risques qu'implique une utilisation des données et des ressources de l'établissement dans un autre environnement, notamment en termes de confidentialité.

Les utilisateurs s'engagent à ne pas installer et à ne pas utiliser de logiciels ou procédés leur permettant de prendre la main, de l'extérieur, sur tout poste interne à l'établissement.

Les personnels autorisés à accéder aux systèmes de l'extérieur dans le cadre de leur fonction doivent être habilités par la DSI sur demande de leur hiérarchie.

Chaque utilisateur bénéficiant de ce service s'engage à respecter les principes de double authentification mis en œuvre.

## Protection des données personnelles

Les utilisateurs du système d'information de l'établissement de santé sont soumis à plusieurs obligations en ce qui concerne les modalités de mise en œuvre de traitements de données à caractère personnel. De façon générale, les utilisateurs doivent respecter les principes de protection des données de santé et des données à caractère personnel (finalité, pertinence et proportionnalité, conservation limitée, sécurité et confidentialité et respect des droits des personnes).

L'établissement doit par ailleurs se conformer aux procédures liées à l'entrée en vigueur du règlement général sur la protection des données (RGPD), et notamment :

- **Désigner un Délégué à la protection des données (DPO/DPD) ;**
- **Informers les personnes concernées par un traitement de données** (patients, personnes participant à une recherche, etc.) : l'information doit être délivrée de façon concise, transparente, compréhensible et aisément accessible. Elle doit pouvoir être abordable par le « grand public » ;
- **Tenir un registre décrivant les traitements** mis en œuvre et les mesures de mise en conformité de ces traitements. Dans certains cas (notamment les traitements de recherche), il doit solliciter l'autorisation de la CNIL avant de mettre en œuvre son traitement de données personnelles : il doit dans ce cas en informer préalablement le DPO ;
- **Réaliser une analyse de l'impact du traitement de données**, portant tant sur les risques sécurité et techniques que sur les risques juridiques pour les personnes, avant de mettre en œuvre certains traitements, notamment ceux portant sur des données de santé à grande échelle (dispositifs de télémédecine, traitements portant sur les dossiers des résidents pris en charge par un EPHAD, etc.). La liste des types de traitements pour lesquels une analyse d'impact est requise est disponible sur le site de la CNIL.

Dans ce cadre, les utilisateurs doivent notamment :

- **Déclarer les nouveaux traitements de données à caractère personnel** auprès du délégué à la protection des données (DPD ou DPO) de l'établissement ou du groupement lorsque celui-ci est mutualisé entre plusieurs établissements ;
- **S'assurer auprès du DPO que l'encadrement contractuel des prestations des tiers fournisseurs** est conforme au RGPD lorsqu'il est chargé du recours à un prestataire de service ;
- **Se conformer aux règles de sécurité et de confidentialité des données** définies au sein de l'établissement, dans le respect de la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé (PGSSI-S), et aux obligations liées à la conservation des données ;
- **Signaler auprès du DPO les incidents de sécurité** impliquant des données personnelles par mail à l'adresse de messagerie [dpo@chu-rouen.fr](mailto:dpo@chu-rouen.fr).

### Surveillance du système d'information

L'utilisateur reconnaît et accepte que les traces informatisées, conservées dans le système d'information de l'Etablissement dans des conditions raisonnables de sécurité, soient considérées comme les preuves irréfragables de l'utilisation des moyens informatiques de l'Etablissement et des communications.

Les établissements assurent une traçabilité sur l'ensemble des accès aux applications et aux ressources informatiques mis à disposition pour des raisons d'exigence réglementaire de traçabilité, de prévention contre les attaques et de contrôle du bon usage des applications et des ressources.

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

Par conséquent, les applications de l'établissement, ainsi que les réseaux, messagerie et accès Internet intègrent des dispositifs de traçabilité permettant d'enregistrer :

- L'identifiant de l'utilisateur ayant déclenché l'opération ;
- L'heure de la connexion ;



- Le système auquel il accède ;
- Le type d'opération réalisée ;
- Les informations ajoutées, modifiées ou supprimées des bases de données en réseau et/ou des applications de l'hôpital ;
- La durée de la connexion (notamment pour l'accès Internet).

Le personnel de la Direction du système d'information respecte la confidentialité des données et des traces auxquelles ils sont amenés à accéder dans l'exercice de leur fonction, mais peuvent les utiliser pour mettre en évidence certaines infractions commises par les utilisateurs.

Tout constat de vol de matériel ou de données, d'usurpation d'identité, de détournement de moyen, de réception de messages interdits, de fonctionnement anormal ou de façon plus générale toute suspicion d'atteinte à la sécurité ou manquement substantiel à cette charte doit être signalé au Responsable de la Sécurité du Système d'Information par mail à l'adresse de messagerie [DIRSecurite@chu-rouen.fr](mailto:DIRSecurite@chu-rouen.fr).

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

### Sanctions

Les principes posés par la présente Charte visent, en premier lieu, à informer les agents du mode d'utilisation des technologies de l'information et de la communication mises à leur disposition dans le respect des droits et devoirs qui leur incombent.

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

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

En cas de manquement aux règles de la présente Charte, la personne responsable de ce manquement est passible de sanctions pouvant être :

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

Outre ces sanctions, la Direction générale est tenue de signaler toutes infractions pénales commises par son personnel au procureur de la République.

### ▪ Liste des domaines Internet interdits

Catégories	Description	Motif(s)
<b>Abus de drogues</b>	Les sites favorisant l'abus de drogues légales et illégales, l'utilisation et la vente de l'attirail lié à la drogue, la fabrication et / ou la vente de drogues.	Risque pénal
<b>Adultes</b>	Le matériel sexuellement explicite, les médias (y compris le langage), l'art et / ou les produits, les groupes en ligne ou les forums sexuellement explicites. Les sites qui font la promotion des services aux adultes tels que les conférences vidéo / téléphoniques, les services d'escorte, les clubs de striptease, etc. Tout contenu contenant des adultes (même s'il s'agit de jeux ou de bandes dessinées) sera classé comme adulte.	Risque pénal, Contenu adulte, Bande passante

<b>Alcool et Tabac</b>	Sites se rapportant à la vente, à la fabrication ou à l'utilisation d'alcool et/ou de produits du tabac et d'accessoires connexes. Inclut des sites liés à la cigarette électronique.	Bande passante
<b>Extrémisme</b>	Sites Web faisant la promotion du terrorisme, du racisme, du fascisme ou d'autres points de vue extrémistes discriminant des personnes ou des groupes de différentes origines ethniques, religions ou autres croyances. Ne devrait pas inclure des sites Web qui discutent des opinions politiques ou religieuses controversées.	Risque pénal
<b>Jeux d'argent</b>	Sites de loterie ou de jeu qui facilitent l'échange d'argent réel et / ou virtuel. Sites Web connexes qui fournissent des informations, des tutoriels ou des conseils concernant le jeu, y compris les cotes de pari et les pools. Les sites Web d'entreprise pour les hôtels et les casinos qui ne permettent pas le jeu sont classés dans la rubrique Voyages.	Risque pénal, Contenu adulte, Bande passante
<b>Jeux</b>	Sites qui fournissent des jeux en ligne ou des jeux vidéo ou informatiques, des critiques de jeux, des astuces ou des tricheurs, ainsi que des sites d'enseignement pour des jeux non électroniques, la vente / le commerce de jeux de société ou des publications / médias connexes. Inclut les sites qui soutiennent ou organisent des concours en ligne et / ou des cadeaux.	Bande passante, Risque de sécurité
<b>Piratage</b>	Sites relatifs à l'accès illégal ou douteux ou à l'utilisation de matériel / logiciel de communication. Élaboration et diffusion de programmes, conseils et / ou astuces susceptibles de compromettre les réseaux et les systèmes. Inclut également des sites qui facilitent le contournement des systèmes de licences et de droits numériques.	Risque pénal, Risque de sécurité
<b>Logiciels malveillants</b>	Sites contenant du contenu malveillant, des exécutables, des scripts, des virus, des chevaux de Troie et du code.	Risque de sécurité
<b>Nudité</b>	Sites qui contiennent des représentations nues ou séminaires du corps humain, quel que soit le contexte ou l'intention, tels que des illustrations. Inclut les sites nudistes ou naturistes contenant des images des participants.	Contenu adulte
<b>Partage de données</b>	Sites qui fournissent un accès ou des clients pour le partage pair-à-pair des torrents, des programmes de téléchargement, des fichiers multimédia ou d'autres applications logicielles. C'est principalement pour les sites qui fournissent des capacités de téléchargement bit torrent. N'inclut pas les sites shareware ou freeware.	Risque pénal, Bande passante
<b>Hameçonnage</b>	Sites apparemment réputés qui recueillent des informations personnelles auprès de leurs utilisateurs via le phishing ou le pharming.	Risque de sécurité
<b>Évitement et anonymisation de proxy</b>	Serveurs proxy et autres méthodes qui contournent le filtrage ou la surveillance d'URL.	Risque pénal
<b>Sites discutables</b>	Sites contenant de l'humour insipide, du contenu offensant ciblant des données démographiques spécifiques de personnes ou de groupes de personnes, activités criminelles, activités illégales, et obtenir des sites rapides riches.	Bande passante
<b>Éducation sexuelle</b>	Information sur la reproduction, le développement sexuel, les pratiques sexuelles sans danger, les maladies sexuellement transmissibles, les contraceptifs, les conseils pour un meilleur sexe, ainsi que tous les produits connexes ou accessoires connexes. Inclut des sites Web pour des groupes, des forums ou des organisations connexes.	Contenu adulte
<b>Logiciel et partage gratuit</b>	Sites fournissant gratuitement des logiciels, des écrans de veille, des icônes, des fonds d'écran, des utilitaires, des sonneries, des thèmes ou des widgets gratuits et / ou des dons. Inclut également des projets open source.	Bande passante

<b>Streaming Media</b>	Sites diffusant du contenu audio ou vidéo gratuitement et / ou à l'achat. Comprend les stations de radio en ligne et d'autres services de musique en streaming.	Bande passante
<b>Armes</b>	Ventes, revues, descriptions ou instructions concernant les armes et leur utilisation.	Risque pénal, Contenu adulte
<b>Violation de copyright</b>	Pages et services Web destinés à offrir illégalement des vidéos, des films ou d'autres supports au téléchargement enfreignant les droits d'auteur d'autrui.	Risque pénal
<b>Réseaux sociaux</b>	Les communautés d'utilisateurs et les sites où les utilisateurs interagissent les uns avec les autres, affichent des messages, des photos ou communiquent avec des groupes de personnes. N'inclut pas les blogs et les sites personnels.	Bande passante, Risque de sécurité
<b>Messageries personnelles</b>	Tout site Web donnant accès à une boîte de réception de courriels personnels et permettant d'envoyer/recevoir des courriels.	Bande passante, Risque de sécurité
<b>Sites de rencontres</b>	Sites web offrant des services de rencontres en ligne, des conseils et d'autres annonces personnelles.	Bande passante
<b>Sites de musiques</b>	Vente, distribution ou information de musique. Comprend des sites web pour les artistes de la musique, les groupes, les labels, les événements, les paroles et d'autres informations concernant l'industrie de la musique. N'inclut pas la musique en continu.	Bande passante

## ▪ Liste des extensions autorisées en téléchargement depuis Internet

- Microsoft :
  - PPT et PPTX (Powerpoint)
  - DOC et DOCX (Word)
  - XLS et XLSX (Excel)
  - MSOFFICE
  
- Adobe :
  - PDF
  
- Autres :
  - TXT (traitement de texte)
  - RTF (traitement de texte)
  - WRI (traitement de texte)
  - CSV (feuille de calcul)
  - TIF (image)
  - GIF (image)
  - Jpeg (image)
  - PNG (image)
  - BMP (image)