

  459 Rue de la Patience – CS 60135 74805 La Roche sur Foron	HOPITAL ANDREVETAN & EHPAD DE L’HOPITAL ANDREVETAN	Version n° 7
		Date de création : Août 2016 Dernière modification : Septembre 2024
		Page : 25

REGLEMENT INTERIEUR
&
DE FONCTIONNEMENT

CHAPITRE Ier - INTRODUCTION

Le présent document a pour objet de préciser le mode de fonctionnement, de fixer les règles de vie à l'intérieur de l'établissement, de garantir les droits des patients et des résidents.

Ce règlement a été présenté aux instances de l'établissement. Il a reçu un avis favorable de la Commission Médicale d'Etablissement le 25/10/2016 et du Comité Technique d'Etablissement le 24/10/2016. Il a été adopté par le Conseil de surveillance le 27/10/2016 et s'applique à l'ensemble des personnes présentes dans l'établissement : résidents, patients, visiteurs, personnel... Sa mise à jour a été validée par les instances du Comité Social d'Etablissement (CTE jusqu'en 2022), la Commission Médicale d'Etablissement, le Conseil de Surveillance en octobre 2017, en janvier 2019, février 2022 et juin 2023. Il est aussi présenté au Conseil de la Vie Sociale.

L'hôpital Andrevetan est un établissement public de santé. Il est doté de la personnalité morale de droit public et dispose de l'autonomie administrative et financière.

L'hôpital a pour missions de dispenser des soins, de proposer un hébergement aux personnes âgées dépendantes et de participer à des actions sanitaires.

Art.1 - MISSIONS

Il dispense :

- Des soins médicaux de réadaptation dans le cadre de la filière du territoire (25 lits) ;
- Un hébergement permanent pour les personnes âgées dépendantes (118 lits) ;
- Un hébergement temporaire pour les personnes âgées dépendantes (2 places) ;
- Un hébergement permanent pour les personnes âgées dépendantes en unité sécurisée (22 lits) ;
- Un hébergement temporaire pour les personnes âgées dépendantes en unité sécurisée (2 places) ;
- Un accueil de jour (6 places) ;
- Un Service de Soins Infirmiers à Domicile (35 places pour personnes âgées et 2 places pour personnes handicapées).

Il participe :

- Aux actions de santé publique et aux actions médico-sociales coordonnées ;
- Aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé ;
- Aux actions de maintien à domicile, en liaison avec les professionnels de santé locaux.

L'établissement est membre du Groupement hospitalier de Territoire Léman – Mont Blanc ce qui permet de favoriser l'accès au plateau technique des établissements membres du groupement, et la mise à disposition des compétences et des moyens nécessaires pour assurer ces missions.

Art. 2 - PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

L'Hôpital Andrevetan a une capacité de 169 lits autorisés, soit :

- ❖ 25 lits de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR)
- ❖ 118 lits d'hébergement permanent pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- ❖ 2 lits d'hébergement temporaire pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- ❖ 22 lits d'hébergement permanent pour personnes âgées dépendantes en unité sécurisée (EHPAD)
- ❖ 2 lits d'hébergement temporaire pour personnes âgées dépendantes en unité sécurisée (EHPAD)
- ❖ 6 places en accueil de jour pour personnes âgées.

L'hôpital Andrevetan a également une activité de Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) d'une capacité de 35 places pour personnes âgées dépendantes et de 2 places pour personnes handicapées.

Pour répondre aux besoins des patients et des résidents, l'établissement compte notamment parmi ses effectifs :

- ✓ Des médecins,
- ✓ Une psychologue,
- ✓ Des cadres de santé,
- ✓ Des kinésithérapeutes,
- ✓ Du personnels soignants (infirmières, aides-soignants...),
- ✓ Un ergothérapeute,
- ✓ Une animatrice,
- ✓

Art. 3 - CONSEIL DE SURVEILLANCE (CS)

3.1 - Composition

Le Conseil de Surveillance comporte 9 membres ayant voix délibérative.

Le président du Conseil de Surveillance est élu parmi les membres des collèges des collectivités territoriales ou les personnalités qualifiées.

3.2 - Compétences

Le Conseil de Surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il délibère sur le projet d'établissement ; la convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application ; le compte financier et l'affectation des résultats ; tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ; le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ; toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ; les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ; les 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 acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés à l'article L. 6148-2 ; la participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire ; le règlement intérieur de l'établissement.

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

3.3 - Fonctionnement

Le Conseil de Surveillance se réunit quatre fois par an au minimum. Le secrétariat du Conseil de surveillance est assuré par le Directeur de l'établissement.

Les séances du Conseil de surveillance ne sont pas publiques. Les débats et les délibérations revêtent un caractère confidentiel.

Art. 4 - LE DIRECTEUR & LE DIRECTOIRE

4.1 - Le Directeur

Le Directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement et assure la gestion. 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 autres que celles énumérées aux 1° à 15° et autres que celles qui relèvent de la compétence du Conseil de Surveillance. Il participe aux séances du conseil de surveillance. Il exécute ses délibérations.

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

Le Directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger. Il peut déléguer sa signature.

4.2 - Le directoire

Le directoire est composé du Directeur, président, du président de la commission médicale d'établissement, vice président, des médecins, du pharmacien, du directeur adjoint, de la présidente de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique.

Le directoire se réunit au moins 8 fois par an.

4.3 - Attributions

Après concertation avec le directoire, le Directeur conclut le contrat pluriannuel; décide de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; arrête le bilan social détermine le programme d'investissement ; fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations ; arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ; arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité ; conclut les transactions immobilières ; soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ; arrête le règlement intérieur de l'établissement ...

ART. 5 – GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE (GHT)

L'hôpital « Andrevetan » est membre du Groupement Hospitalier de Territoire Léman – Mont Blanc avec :

- Centre Hospitalier Alpes Léman,
- Hôpitaux du Léman,
- Hôpitaux du Pays du Mont Blanc,
- Etablissement Public de Santé Mentale de la Vallée de l'Arve,
- Hôpital Départemental Dufresne Sommeiller - La Tour,
- Hôpital Départemental de Reignier.

L'établissement support du GHT désigné par la convention constitutive est le Centre Hospitalier Alpes Léman de Contamine sur Arve.

L'établissement support du groupement hospitalier de territoire peut gérer pour le compte des établissements parties au groupement des équipes médicales communes, la mise en place de pôles inter-établissements tels que définis dans la convention constitutive du groupement ainsi que des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

Art. 6 - LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT (CME)

6.1 - Composition

Les membres à voix délibérative de la commission médicale de l'hôpital Andrevetan sont les médecins et le pharmacien.

6.2 - Compétences

La commission médicale d'établissement est consultée sur les sujets soumis au Comité Social d'Etablissement et au Conseil de Surveillance.

La commission médicale d'établissement est également consultée sur le projet médical de l'établissement ; les politiques ; le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ; le bilan social ; le règlement intérieur de l'établissement ...

Elle est informée sur le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement ; le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ... Elle contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Elle contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

6.3 - Fonctionnement

La commission médicale d'établissement se réunit au moins 4 fois par an sur convocation de son Président. Ses séances ne sont pas publiques et son secrétariat est assuré par la diligence du Directeur.

Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux de la commission médicale d'établissement sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison de toutes les pièces et documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux.

6.4 - Sous-commissions de la CME

6.4.1 – Le Comité de lutte contre les Infections Nosocomiales- CLIN

Il a pour missions de prévenir et de surveiller les infections, de mettre en œuvre les règles d'hygiène, de promouvoir la formation à l'hygiène, d'établir un rapport d'activité et de proposer des recommandations.

6.4.2 – La Commission des Médicaments et des Dispositifs Médicaux Stériles - COMEDIMS

Elle est plus particulièrement chargée de :

- La définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles,
- L'organisation de la lutte contre les affections iatrogènes.

6.4.3 – Le Comité de lutte contre la douleur - CLUD

Elle est plus particulièrement chargée de déterminer la politique de lutte contre la douleur et de prise en charge des patient en fin de vie, d'engager des actions visant à améliorer la prise en charge de la douleur, à s'attacher à répondre aux besoins de la personne, de promouvoir la formation des personnels, d'élaborer des protocoles et donner un avis sur les projets d'acquisition de dispositifs médicaux et matériels nécessaires au traitement de la douleur.

6.4.4 – Le Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition - CLAN

Ce comité a vocation à participer par ses avis ou propositions à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des malades, avec en particulier la lutte contre la dénutrition, et à la qualité de l'ensemble de la prestation alimentation-nutrition.

Art. 7 - LE COMITE SOCIAL D'ETABLISSEMENT (CSE)

7.1 - Composition

Le comité social d'établissement comprend le Directeur ou son représentant, président, et 7 membres représentant le personnel non médical.

7.2 - Compétences

Le comité social d'établissement est consulté sur les sujets soumis à la Commission Médicale d'Etablissement et au Conseil de Surveillance.

Le comité social d'établissement est également consulté sur les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, la politique générale de formation du personnel, les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ; la politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ; la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; le règlement intérieur de l'établissement, Les projets de réorganisation de service et les projets d'aménagements importants modifiant les conditions de la santé, de sécurité et les conditions de travail, les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants.

Le comité est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement, du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, du budget et des décisions modificatives.

7.3 - Fonctionnement

Les membres du comité social d'établissement siègent avec un mandat de 4 ans. Il se réunit au moins une fois par trimestre. Il peut entendre des experts si les questions à l'ordre du jour l'y conduisent.

Art. 8 - LA COMMISSION DES USAGERS (CDU)

8.1 - Composition

La composition minimale est la suivante :

- Le Directeur de l'établissement ou son représentant,
- Deux médiateurs et leurs suppléants (un médecin et un non médecin), tous deux désignés librement par le directeur pour trois ans,
- Deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés pour trois ans par le Directeur de l'Agence Régionale de Santé émanant d'associations agréées.

Cette commission se réunit au moins 1 fois par trimestre. La durée du mandat est de 3 ans renouvelable.

8.2 - Compétences

La commission veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches.

A cet effet, l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement sont tenues à la disposition des membres de la commission ; la commission examine celles de ces plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

La commission contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches.

Vous pouvez les contacter par le biais de la boîte aux lettres « Commission Des Usagers » située dans le hall d'accueil de l'établissement, ou directement par courrier (leurs noms et adresses figurent dans le livret d'accueil).

Art. 9 - COMMISSION DE LA VIE SOCIALE (CVS)

Cette commission est représentative des personnes hébergées en EHPAD.

9.1 - Composition

Cette commission est composée des représentants des personnes accueillies ou prises en charge, des représentants des familles et représentants légaux, des représentants du personnel, des représentants des usagers au titre d'associations agréés, et des représentants de l'encadrement et de la direction de l'établissement.

Le président du conseil de la vie sociale est élu par et parmi les membres représentant les personnes accueillies et les représentants des familles.

Le Directeur participe aux réunions avec voix consultative, il peut se faire représenter.

Cette commission se réunit au moins 3 fois par an.

9.2 - Compétences

Le CVS donne son avis et peut faire des propositions sur toutes questions intéressant le bien être des résidents, le fonctionnement de l'établissement et sur l'évolution des réponses à apporter notamment sur la démarche qualité, les prestations proposées par l'établissement, les droits et libertés des personnes accompagnées, la politique pour la bienveillance et de prévention contre la maltraitance, l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les services thérapeutiques et parcours de soins, les activités, l'animation socioculturelle, l'ensemble des projets de travaux et d'équipement, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prise en charge

Le CVS est associé à l'élaboration ou à la révision du projet d'établissement.

Il est aussi consulté sur l'enquête de satisfaction interne à l'établissement réalisé auprès des résidents et auprès des familles.

Art. 10 - LA COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, REEDUCATION MEDICO-TECHNIQUE

10.1- Composition

Cette commission est constituée des collègues des cadres de santé, des personnels infirmiers, de rééducation et médico-technique, des aides soignants.

La présidence est assurée par le Cadre Supérieur de Santé. Les membres de la commission sont élus pour 4 ans renouvelables. Un représentant de la commission médicale d'établissement participe aux séances avec voix consultative.

10.2- Compétences

Cette commission participe à la mise en œuvre des soins et est consultée pour avis sur le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades ...

Art. 11 - LES COMMISSIONS ADMINISTRATIVES PARITAIRES LOCALES (CAPL)

Elles sont compétentes au regard des situations individuelles des fonctionnaires hospitaliers de l'établissement.

Elles sont composées de 3 commissions représentant : les corps de Catégorie A, B, C.

Ces commissions sont subdivisées en trois groupes, chacune correspondant aux familles professionnelles :

- Groupe I – les personnels techniques,
- Groupe II – les personnels soignants et médico-techniques,
- Groupe III – les personnels administratifs.

Elles sont compétentes sur toutes questions concernant notamment la titularisation, la carrière, les avancements, la notation et les sanctions disciplinaires de niveau II. Un membre de la commission paritaire ne peut se prononcer sur le cas d'un autre agent titulaire d'un grade supérieur, ni sur son propre cas.

Les commissions administratives paritaires locales se réunissent au moins 2 fois par an. La présidence en est assurée par le Président du Conseil de surveillance ou son représentant, le secrétariat par un agent de l'établissement désigné par le Directeur. Les séances ne sont pas publiques.

Art. 12 - ORGANISATION MEDICALE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

12.1 - Service Médicaux et de Réadaptation (SMR)

Ce service comporte 25 lits de soins médicaux et de réadaptation.

Des médecins assurent la prise en charge médicale des patients du service de soins médicaux et de réadaptation.

L'activité de SMR a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

Il assure les missions des soins médicaux, curatifs et palliatifs ; de la rééducation et réadaptation ; des actions de prévention et d'éducation thérapeutique ; la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale dans le cadre d'un projet thérapeutique soumis à l'approbation préalable du patient. Ces missions sont axées sur le retour du patient vers son lieu de vie.

12.2 - Hébergement Permanent pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

Ce secteur comporte 118 lits répartis :

- Pôle des Monts : Grépon, Hirmentaz et Jalouvre,
- Pôle des Glaciers : Mont-Blanc et Liskamm,
- Buet : 22 lits en unité sécurisée.

Quatre praticiens hospitaliers assurent les soins médicaux des résidents hébergés en EHPAD à titre permanent. Chaque praticien a en charge des unités d'hébergement. Dans l'hypothèse où le résident souhaite être suivi médicalement par son médecin traitant autre que les praticiens hospitaliers de l'établissement, il devra en faire la demande.

Ces unités disposent d'une affiche d'information précisant le nom du médecin et du cadre responsable du service.

Les services d'hébergement sont des lieux de vie proposés aux personnes âgées dépendantes permettant de prendre en charge les soins médicaux, les soins infirmiers et les soins et prestations liées à la perte d'autonomie.

12.3 - Hébergement Temporaire pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

L'hôpital dispose d'une autorisation d'activité pour :

- 3 places d'hébergement temporaire
- 1 place d'hébergement temporaire en unité sécurisée

Les personnes âgées peuvent être hébergées à titre temporaire pour une période 1 nuit minimum à 20 nuits maximum.

La prise en charge médicale du résident hébergé à titre temporaire est conservée par son médecin traitant déclaré auprès de l'organisme de sécurité sociale. A ce titre, le résident produira sa dernière ordonnance, en cours de validité et prévue pour toute la durée de son séjour, dès son entrée.

Dès lors que l'état de santé du résident nécessite une consultation médicale, il sera fait appel à son médecin traitant. La rémunération de ses honoraires sera prise en charge par l'hôpital uniquement pendant la durée de l'hébergement temporaire. En cas d'urgence, la prise en charge médicale sera effectuée par un médecin de l'hôpital.

Les actes infirmiers, les soins ainsi que les prestations liées à la perte d'autonomie sont assurés par le personnel de l'établissement.

Le médecin coordonnateur est chargé de l'organisation de la prise en charge entre les professionnels libéraux et les professionnels salariés.

Art. 13 - CODE DE DEONTOLOGIE

Le médecin a un devoir d'assistance envers les malades et les blessés et l'obligation de respecter les principes d'égalité et de neutralité du service public et de non-discrimination entre les malades. Il est par ailleurs tenu au secret professionnel. Il bénéficie de la liberté de prescrire et de l'indépendance professionnelle.

Le médecin a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances. Il est tenu au respect de la loi.

Le médecin est responsable du malade qu'il a en charge, de son traitement et des conséquences de ce traitement. Il a une obligation de moyen relative aux diagnostics et traitements qu'il délivre, fondés sur les données acquises de la science.

Il doit à son patient/résident une information loyale, claire et appropriée.

Art. 14 - LE PHARMACIEN

Le pharmacien est responsable de la Pharmacie à Usage Interne. A ce titre, il assure la gestion et l'organisation du service qui lui est confié dans les divers aspects de son activité :

- Il assure au sein de l'établissement l'approvisionnement en médicaments, dispositifs médicaux en tenant compte à la fois des obligations thérapeutiques et des contraintes budgétaires. Il gère les achats, l'approvisionnement, la détention et la gestion des produits de santé ; dispense ces produits de santé aux patients ; analyse les prescriptions en formulant des conseils de bon usage.
- Il s'assure du bon fonctionnement des alertes médicamenteuses dans le DPI.
- Il veille et favorise la prescription de médicaments génériques par les médecins.
- Il effectue un suivi des prescriptions des médicaments onéreux (FICRCORP).
- Il est également le responsable du système de management et de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuses. Il assure donc la sécurisation du circuit du médicament à travers des actions qualité et sécurité des soins et gestion des risques.

Art. 15 - CONTINUITÉ MÉDICALE DES SOINS

La continuité médicale des soins a pour objet d'assurer, pendant chaque nuit et pendant les journées du dimanche ou des jours fériés, ainsi que le samedi après-midi, la sécurité des malades hospitalisés ou des résidents, la permanence des soins excédant la compétence des personnels paramédicaux.

La continuité médicale des soins est organisée sous forme d'astreintes.

Un planning de permanence médicale, élaboré mensuellement, organise les modalités de prise en charge médicale dans les différents secteurs (SMR, EHPAD). Ce planning est transmis à tous les services de l'établissement pour utilisation en tant que de besoin.

CHAPITRE IV - DOSSIER PATIENT INFORMATISÉ

Art. 16 - CONTENU

L'hôpital Andrevetan utilise un dossier patient informatisé. Le dossier de santé informatisé permet :

- De disposer de l'ensemble des données à caractère personnelles, médicales et soignantes du patient ou du résident et de la traçabilité des soins,
- De faciliter la coordination des soins entre les différents professionnels de santé. Le dossier de santé doit permettre une prise en charge partagée du patient au sein des différentes structures de soins d'un réseau,
- De faciliter l'exercice professionnel quotidien en retrouvant rapidement toutes les informations relatives aux patients/résidents,
- D'apporter une aide à la décision et à l'évaluation.

Ce dossier comporte des données à caractère personnels, médical et paramédical.

Art. 17 - ACCÈS AUX DONNÉES SANTÉ PAR LES PROFESSIONNELS

Toute personne prise en charge dans l'établissement a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant. Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venue à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de l'établissement et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec l'établissement. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

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

Le partage, entre des 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, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Art. 18 - DROITS D'OPPOSITION AU PARTAGE D'INFORMATION

Par le présent règlement intérieur et de fonctionnement, la personne prise en charge est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment.

CHAPITRE IV - TRAITEMENT INFORMATISE DES INFORMATIONS NOMINATIVES

Art. 19 - DROIT D'ACCES

L'hôpital Andrevetan recourt aux traitements automatisés d'informations nominatives dans le cadre de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Une stricte confidentialité est observée sur ces données. Une déclaration à la CNIL est effectuée par l'établissement.

Le patient ou le résident peut exercer un droit d'accès dans les conditions définies par les actes réglementaires publiés pour chacun des traitements informatiques mis en œuvre et exiger que soient rectifiées, complétées ou effacées des informations d'ordre administratif.

CHAPITRE V - DISPOSITIONS RELATIVES AUX HOSPITALISATIONS EN SERVICE SMR

La charte de la personne hébergée est disponible dans le livret d'accueil et est affichée dans le service de Soins Médicaux et Réadaptation.

Art. 20 - MODALITES D'ADMISSION

L'admission à l'hôpital Andrevetan est prononcée par le Directeur ou son représentant sur avis d'un médecin. Elle est décidée par le médecin, sur présentation si possible d'un certificat médical du médecin traitant ou d'un praticien hospitalier lors d'un transfert d'un autre établissement de santé.

Le patient est adressé avec une lettre de liaison (décret du 20/07/2016) envoyé par tout moyen sécurisé du médecin traitant ou du praticien hospitalier de l'établissement de santé au médecin de l'hôpital Andrevetan et donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles à ce dernier pour le diagnostic et le traitement.

Si le patient qui doit être hospitalisé ne peut fournir les renseignements sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour sont remboursés à l'établissement, il doit verser au Receveur de la Trésorerie, avant son admission, une provision correspondant au montant prévisionnel de ses frais de séjour.

En cas de refus d'admettre un patient qui remplit les conditions requises pour être admis, alors que les disponibilités en lit de l'établissement permettent de le recevoir, l'admission peut être prononcée par le Préfet.

Art. 21 - LES MISSIONS

Le service de soins Médicaux et de réadaptation a pour missions de prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, sociales, des déficiences et limitations de capacité et de promouvoir la réadaptation du patient.

Ce service prend en charge des patients soit à l'issue d'un séjour dans un établissement de santé, dans les suites d'une affection médicale aiguë ou d'une intervention chirurgicale afin d'optimiser les chances de récupération fonctionnelle garantissant le retour dans le milieu de vie, domicile ou établissement d'hébergement, soit directement du domicile dans une approche programmée.

Il assure les soins médicaux, curatifs ou palliatifs, d'ajustement des thérapeutiques, de re-nutrition, de diagnostic et de traitement des pathologies déséquilibrées. Il réalise des actes de rééducation et de réadaptation pour limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux. Les actions doivent permettre de prévenir l'apparition d'une dépendance ; maintenir ou redonner de l'autonomie ; assurer le maintien de la socialisation ; assurer la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale.

Le patient est informé tout au long de son séjour des adaptations du projet thérapeutique à l'évolution de son état de santé, des séquelles ou non, qui peuvent apparaître inéluctablement s'attachant d'obtenir son consentement.

Art. 22 - LES SOINS URGENTS

L'hôpital Andrevetan est un établissement de soins de seconde intention. Il n'assure pas l'accueil externe de soins médicaux urgents. Il dispense essentiellement des soins médicaux et de réadaptation polyvalente non spécialisés.

Les malades qui requièrent des soins urgents relevant d'une technique non pratiquée dans l'établissement, ou de moyens dont l'établissement ne dispose pas, ou encore des soins spécialisés au cours de leur hospitalisation seront transférés vers un établissement disposant des compétences et des équipements nécessaires pour assurer ces soins.

Le SAMU peut intervenir sur place 24h/24h.

Art. 23 - ACCUEIL DES HOSPITALISES – LIVRET D'ACCUEIL

Dès son arrivée dans l'établissement, le patient reçoit un livret d'accueil contenant toutes les informations pratiques qui lui seront utiles pendant son séjour ainsi que la visite des professionnels de santé qui vont le prendre en charge.

Art. 24 - EFFETS PERSONNELS

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

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

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

Art. 25 - PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'HOSPITALISATION

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.

Sauf cas particuliers déterminés par la réglementation en vigueur, le forfait journalier et éventuellement le ticket modérateur, restent à la charge des hospitalisés.

Les bénéficiaires de l'aide médicale doivent être munis de tous documents nécessaires à l'obtention de la prise en charge de tout ou partie de leurs frais d'hospitalisation dans les conditions prévues par le règlement départemental de l'aide médicale.

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

Art. 26 - INFORMATION DU MALADE SUR LES SOINS ET SUR SON ETAT DE SANTE

Le patient doit être informé par tous moyens adéquats du nom des personnes appelées à lui donner des soins (Loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades et la qualité des soins).

Les traitements et soins proposés aux malades doivent faire l'objet d'une information de la part du médecin en tenant compte des capacités du patient à pouvoir les intégrer. Pour tous les actes médicaux importants, le malade doit avoir été informé préalablement des risques et des conséquences que ces actes pourraient entraîner et doit donner son consentement pour la réalisation des ces actes.

Les médecins doivent donner aux patients, dans les conditions fixées par le code de déontologie, les informations sur leur état de santé qui leur sont accessibles, elles doivent être claires, adaptées et compréhensibles.

Art. 27 - INFORMATION DE LA FAMILLE

Les informations d'ordre médicales telles que le diagnostic, le traitement et l'évolution de la maladie ne peuvent être délivrées que par les médecins. Ces derniers reçoivent les familles, sur rendez-vous selon des plages horaires programmées et adaptées aux possibilités des familles.

En ce qui concerne les renseignements courants sur l'état du patient, les informations peuvent être obtenues auprès du cadre de santé du service ou de l'équipe infirmière.

Les familles sont systématiquement informées, en application des articles 489 et suivants du Code civil, lorsque l'état de santé du patient/résident justifie le déclenchement de l'instruction d'une mesure de protection des majeurs.

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire. Cette désignation doit être écrite.

Art. 28 - DISCRETION DEMANDEE PAR LE PATIENT

Les patients peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée sur leur état de santé ou sur leur présence dans l'établissement.

Art. 29 - AUTORISATIONS DE SORTIE

Les hospitalisés peuvent, compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier, à titre exceptionnel, de permissions de sortie à la demande du patient, soit de quelques heures sans découcher, soit d'une durée maximum de 48 heures. Les autorisations de sortie sont accordées, sur avis favorable du médecin responsable, par le Directeur ou son représentant. Ces autorisations sont consignées dans un document ad-hoc et portées dans le dossier du patient.

De même, le médecin peut proposer des « sorties thérapeutiques », dans le cadre d'un projet visant à favoriser et optimiser la réinsertion socio-familiale.

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

Art. 30 - FORMALITES DE SORTIE

Lorsque l'état de santé de l'hospitalisé ne nécessite plus son maintien dans le service de soins de suite à l'hôpital, sa sortie est prononcée par le Directeur ou son représentant, sur proposition du médecin responsable. Le patient sortant est alors orienté vers le bureau des usagers pour s'assurer que son dossier administratif est complet.

Les heures d'ouverture de ce bureau sont de 09h00 à 12h00 et de 14h00 à 17h00.

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

Art. 31 - SORTIE CONTRE AVIS MEDICAL

Les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'hôpital. Si le médecin estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour la personne hospitalisée, cette dernière n'est autorisée à quitter l'hôpital qu'après avoir rempli une attestation établissant qu'elle a eu connaissance des dangers que cette sortie présentait ; le médecin inscrit alors dans le DPI le fait que l'information a été délivrée et que le patient n'en a pas tenu compte.

Le médecin effectuera par ailleurs les mêmes formalités de sorties, décrites à l'article 34, en tenant compte du contexte, afin de minimiser les conséquences potentielles de cette situation. La sortie est alors prononcée par le Directeur ou son représentant.

Lorsque le malade refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé.

Art. 32 - SORTIE DISCIPLINAIRE

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

Art. 33 - SORTIE APRES REFUS DE SOINS

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

La sortie sera effectuée par le médecin dans les conditions et modalités fixées par l'article 34.
Si le malade refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé.

Art. 34 – SORTIE DES MALADES A L'INSU DU SERVICE

Dès lors que le service constate une absence d'un malade, sorti à l'insu du service, des recherches doivent être effectuées auprès de la famille, puis par la gendarmerie ou la police.

Si le malade ne regagne pas le service, un rapport sera adressé, dans les 24 heures, au Directeur ou à l'Administrateur de garde et le malade sera considéré comme sortant.

Art. 35 - QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Les patients hospitalisés au service Soins Médicaux et de réadaptation reçoivent lors de leur hospitalisation un questionnaire de sortie.

Ce questionnaire est destiné à recueillir les appréciations et les observations sur le service rendu dans toute ses composantes, y compris médicales. Les remarques des hospitalisés permettent à l'administration d'améliorer sa prestation.

Ce questionnaire rempli est adressé à la Direction, sous forme anonyme si le malade le désire.

Art. 36 – PRESCRIPTION MEDICALE DE TRANSPORT A LA SORTIE

Si, lors de sa sortie, son état nécessite un transport, que ce soit en véhicule sanitaire ou non sanitaire, le malade a le libre choix de l'entreprise de transport. L'établissement tient par ailleurs à la disposition des malades la liste des sociétés de transports sanitaires agréées dans le département.

Si le malade n'exprime pas de choix, l'hôpital fait appel à une entreprise d'ambulances.
Dans tous les cas, les frais occasionnés par ce transport sont à la charge du malade.

CHAPITRE VI - DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESIDENTS (EHPAD)

La charte des personnes âgées dépendantes est disponible dans le livret d'accueil de l'EHPAD et est affichée dans les services.

Art. 37 - MODALITES D'ADMISSION

Les modalités d'admission sont les suivantes :

- A la demande d'admission dans l'établissement, le cadre de santé propose une visite des locaux à l'intéressé et à ses proches au cours de laquelle toutes les informations souhaitées leur sont communiquées. Un dossier comportant les éléments nécessaires à la connaissance de l'établissement leur est remis ;
- La personne intéressée par l'hébergement dans l'établissement doit adresser un dossier unique national d'entrée en EHPAD ;
- Dès lors qu'une place est disponible, la personne intéressée et correspondant aux possibilités de prise en charge sera contactée par le cadre de santé ;
- La personne intéressée aura un délai maximum de 5 jours pour entrer dans l'institution ou à défaut réserver la place sous forme de versement des frais d'hébergements.

La demande d'admission doit être formulée par le résident sous forme écrite (ou par la famille uniquement s'il n'est pas en état d'exprimer son consentement – attestation médicale à l'appui). Elle est prononcée par le Directeur après examen par les personnels habilités du dossier administratif, médical et social complet et après avis de la commission d'admission.

Le dossier administratif doit être obligatoirement constitué au moment de l'entrée du résident dans l'établissement. Toutes les fiches de renseignements et le contrat de séjour, remis lors de la demande d'entrée, doivent être complétés et signés dans les 8 jours suivant l'entrée du résident dans l'établissement.

Art. 38 - RELATIONS CONTRACTUELLES

Les relations entre le résident et l'hôpital Andrevetan sont formalisés par un contrat de séjour. La durée de ce contrat varie selon le type d'hébergement :

- Hébergement temporaire : contrat conclu pour une période allant de 1 nuit minimum à 20 nuits maximum ;
- Hébergement pour une durée déterminée : contrat conclu pour une période allant de 1 mois à 6 mois maximum ;
- Hébergement pour une durée indéterminée : contrat conclu pour une période au-delà de 6 mois.

Les modalités d'exécution sont décrites dans le contrat de séjour ainsi que les conditions de rupture du contrat qui peut être pris à l'initiative de l'une ou de l'autre partie.

Art. 39 - REFERENT

Il est recommandé à la famille de désigner parmi ses membres, un ou plusieurs référents pour la transmission réciproque des informations entre elle-même et l'institution.

Art. 40 – COORDONNATEUR DU SECTEUR HEBERGEMENT DES PERSONNES AGEES

Le coordonnateur médical pour l'hébergement des personnes âgées contribue à la mise en œuvre des orientations stratégiques et optimise la prise en charge des résidents. Il définit l'organisation générale des activités médicales, dont il assure le suivi et l'évaluation pour répondre aux besoins des résidents.

Art. 41 - ATTESTATION D'ASSURANCE

Lors de son entrée dans l'établissement, le résident doit fournir une attestation d'assurance responsabilité civile couvrant les risques qu'il peut faire encourir à l'établissement ou à des tiers à l'intérieur comme à l'extérieur de la structure.

Art. 42 - VIE DANS L'ETABLISSEMENT

Il existe dans l'établissement des contraintes imposées par la vie en communauté. Un climat de confiance est donc nécessaire, il suppose la reconnaissance des droits et des devoirs de chacun.

Droits des résidents :

- Respect de la dignité,
- Respect de l'intimité de la vie privée,
- Respect des valeurs du projet de vie,
- Liberté d'échanges, d'idées, d'opinions,
- Distribution du courrier,
- Droit à l'autonomie,

- Egalité de traitement,
- Obtention des informations sur son état de santé par les médecins.

Devoirs des résidents :

- Respecter autrui (personnels et résidents),
- Ne pas tenir des propos, ni avoir une attitude qui peuvent porter atteinte aux autres résidents, au personnel ou à l'établissement,
- Respecter le sommeil ou la tranquillité des autres résidents,
- Réparer tous dégâts ou dégradations volontaires.

Art. 43 - DROIT A L'IMAGE

Les résidents qui ne souhaitent pas être photographiés ou filmés dans le cadre de leurs activités au sein de l'établissement ou lors des sorties à l'extérieur doivent en informer l'administration.

Les autres résidents acceptent que des photographies ou des films sur lesquels ils pourraient apparaître soient diffusés en interne (panneaux d'affichage, classeur d'activités...) et/ou en externe (site internet, presse régionale...).

Il est strictement interdit aux personnes non affiliées à l'établissement de filmer des résidents ou des patients.

Art. 44 - CHAMBRE, MOBILIER

Le résident est installé dans une chambre meublée d'un mobilier standard. A l'exception de la demande du résident, ce logement lui est attribué pour la durée de son séjour.

Il a la possibilité d'apporter des objets auxquels il est attaché (bibelots, radio, ...). Des cimaises sont installées dans chaque chambre pour suspendre photos et cadres. Il n'est pas autorisé de percer dans les murs sans l'accord de la Direction.

Pour des raisons de sécurité et d'hygiène, toute demande d'équiper sa chambre de meubles personnels doit être formulée auprès de la Direction.

Les équipements ménagers (réfrigérateur...) sont proscrits pour des raisons de sécurité incendie. Les matériels et objets électriques (lampe de chevet...) doivent recevoir l'accord du Responsable des services techniques avant leur installation. En tout état de cause, le matériel doit être conforme aux normes en vigueur pour les établissements recevant du public et leur utilisation compatible avec les consignes de sécurité.

Ces biens propres doivent être assurés par leur propriétaire. Cette assurance devra couvrir les dégâts occasionnés en cas de dysfonctionnement.

Art. 45 - LINGE

Le trousseau est constitué en fonction des habitudes de vie de la personne et des besoins évalués pour assurer les changes nécessaires. Ce trousseau doit être adapté aux besoins du résident et est à sa charge. Si ce trousseau comporte des linges fragiles (fibres textiles modernes, laine, soie...), il faut en informer les équipes.

L'ensemble du trousseau du résident doit être identifié à son nom et prénom. Cette prestation est assurée gratuitement par l'établissement

Le linge hôtelier (draps, serviettes, alèses, couvertures...) est fourni par l'établissement et entretenu par ses soins.

Les effets personnels des résidents sont entretenus par l'établissement. Dans le cas où la famille souhaite entretenir ce linge, il convient d'en informer le service, aucune réfaction du prix d'hébergement sera opérée.

Art. 46 - SORTIE – ABSENCE

L'établissement est ouvert sur l'extérieur dans un esprit de liberté d'aller et venir. Il ne dispose donc pas de mur d'enclos.

Les résidents peuvent aller et venir selon leur volonté. Cependant, ils doivent préalablement à leur déplacement informer le personnel du service qui notera cette absence sur un registre prévu à cet effet.

Les résidents qui présentent des troubles cognitifs, une incapacité à reconnaître les dangers et à identifier les risques ne peuvent exercer cette liberté pour leur sûreté personnelle. Cette situation médicale sera évaluée et éventuellement reconnue par le médecin et sera notée dans le dossier médical.

Sortie prolongée

En ce qui concerne les sorties sur un ou plusieurs jours, le personnel doit en être informé au moins 48 heures à l'avance afin de la préparer et de prévoir l'organisation interne. Lors de la préparation de cette sortie, le résident et/ou leurs proches voudront bien indiquer l'heure de départ, l'heure de retour et la réservation du dîner si le retour est au-delà des heures de repas ainsi que les coordonnées des personnes qui l'emmèneront.

Il en est de même pour des séjours dans la famille. Une période de cinq semaines d'absence pour convenance personnelles par an peut être prise par tout résident. La réservation de la chambre est alors facturée.

Absence non signalée

Toute absence non prévue, est signalée à l'administration et des recherches sont alors entreprises. Elles sont d'abord effectuées par le personnel dans l'enceinte de l'établissement, puis à la demande de l'établissement par les services de gendarmerie. La famille est informée de cette absence.

Facturation des absences (selon les modalités définies dans le contrat de séjour)

Absence pour hospitalisation inférieure ou égale à 30 jours

La chambre du résident est conservée.

La facturation s'établit comme suit :

- Absence de moins de 72 heures (facturation définie selon les frais d'hébergement diminuée du tarif dépendance GIR 5/6).
- Absence de plus de 72 heures à 30 jours inclus (facturation définie selon les frais d'hébergement diminuée du forfait journalier en vigueur et du tarif dépendance GIR 5/6).

Absence pour hospitalisation supérieure à 30 jours

La chambre du résident n'est plus réservée.

Cependant, le résident peut demander, par courrier, à maintenir la réservation de sa chambre. Dans ce cas, la facturation de l'hébergement ne sera plus minorée, elle s'appliquera dans son intégralité.

Absence pour convenances personnelles

Les absences pour convenances personnelles sont considérées à hauteur de 5 semaines par an :

- Absence de moins de 72 heures (facturation définie selon les frais d'hébergement diminuée du tarif dépendance GIR 5/6)
- Absence de plus de 72 heures à 35 jours inclus (facturation définie selon les frais d'hébergement diminuée du forfait journalier en vigueur et du tarif dépendance GIR 5/6).
- Absence supérieure à 35 jours (la facturation n'est plus minorée, elle s'applique dans son intégralité).

Art. 47 – Personne qualifiée

La personne qualifiée informe et aide les usagers à faire valoir leurs droits, sollicite et signale aux autorités les difficultés et assure un véritable rôle de médiation entre l'utilisateur et l'établissement.

La liste des personnes qualifiées par département est établie conjointement par l'ARS, la préfecture de région et le Conseil départemental.

Toute personne prise en charge par un établissement ou un service médico-social (ou son représentant légal) peut faire appel à une personne qualifiée en vue de l'aider à faire valoir ses droits :

- Le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité, et de la sécurité de l'utilisateur ;
- Le libre choix entre les prestations (accompagnement à domicile ou en établissement) ;
- La prise en charge ou l'accompagnement individualisé et de qualité, respectant un consentement éclairé ;
- La confidentialité des données concernant l'utilisateur ;
- L'accès à l'information ;
- L'information sur les droits fondamentaux, les protections particulières légales et contractuelles et les recours dont l'utilisateur bénéficie ;
- La participation directe de l'utilisateur ou avec l'aide de son représentant légal au projet d'accueil et d'accompagnement.

LISTE DES PERSONNES QUALIFIÉES ÉTABLIE CONJOINTEMENT PAR

**LE PRÉFET DE LA HAUTE-SAVOIE
 LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ AUVERGNE-RHÔNE-ALPES
 ET LE PRÉSIDENT DU DÉPARTEMENT DE LA HAUTE-SAVOIE**

Conformément à l'article L 311-5 du code de l'action sociale et des familles

Nom-Prénom	Adresse de messagerie	Domaines d'intervention
BIANCOTTO Pascal	pascal.biancotto@mma.fr	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Médico-social : Personnes Agées et Personnes en situation de handicap ➤ Social ➤ Protection de l'Enfance
GALVIN Marie-Pierre	marie-pierre.galvin@orange.fr	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Médico-social : Personnes Agées et Personnes en situation de handicap ➤ Social ➤ Protection de l'Enfance
MAILLET Annie	anniemaillet01@gmail.com	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Médico-social : Personnes Agées et Personnes en situation de handicap ➤ Social ➤ Protection de l'Enfance
DIF TURGIS Jean-Paul	difturgis@orange.fr	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Médico-social : Personnes Agées

Septembre 2024

CHAPITRE VII - CONDITIONS DE SEJOUR

DISPOSITIONS COMMUNES AUX PATIENTS (SMR) & AUX RESIDENTS (EHPAD)

Art. 48 - DROITS DES PATIENTS & RESIDENTS

48.1 - Information du patient

L'information médicale donnée au patient doit être accessible et loyale. Un acte médical ne peut être pratiqué, sauf cas de force majeure, qu'avec le consentement éclairé du patient. Le patient peut désigner une personne de confiance pour l'assister.

48.2 - Qualité de la prise en charge

Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et respectent la dignité des personnes, avec une attention particulière à la fin de la vie. Ils se tiennent informés des nouvelles thérapeutiques pour en faire bénéficier les patients, résidents.

48.3 - Respect de la personne, de la liberté individuelle et de la vie privée

Le patient peut à tout moment quitter l'établissement de santé, sauf exceptions prévues par la loi, après avoir été informé des risques éventuels qu'il encourt.

La personne hospitalisée ou hébergée est traitée avec égards. Ses croyances religieuses, philosophiques et politiques sont respectées. L'intimité de la personne hospitalisée doit être préservée ainsi que sa tranquillité.

Toute personne a droit au respect de sa vie privée ainsi qu'à la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales qui le concernent.

48.4 - La personne de confiance

La personne de confiance accompagne le patient. Elle assiste aux entretiens médicaux. Elle peut conseiller le patient dans ses prises de décisions. Elle doit s'exprimer au nom du patient, et non en son nom. Mais parfois, si le patient n'ose pas ou s'il est sous le choc d'une annonce, elle peut poser des questions que le patient aurait souhaité poser et recevoir du médecin des explications qu'elle pourra répéter au patient. Si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ne peut être réalisée sans que la personne de confiance n'ait été consultée, sauf urgence ou impossibilité de la contacter.

Le secret médical n'est pas levé vis-à-vis de la personne de confiance qui n'a pas accès au dossier médical. Toutefois, en cas de diagnostic grave, la personne de confiance peut recevoir les informations nécessaires pour soutenir la personne malade, sauf si celle-ci s'y est opposée.

48.5 - Directives anticipées

Toute personne majeure peut rédiger des « directives anticipées ». Il s'agit d'exprimer par écrit des volontés sur les traitements ou les actes médicaux qu'elle souhaite ou non, si un jour elle ne peut plus communiquer après un accident grave ou à l'occasion d'une maladie grave. Elles concernent les conditions de fin de vie, c'est à dire de poursuivre, limiter, arrêter ou refuser les traitements ou actes médicaux. Le professionnel de santé doit respecter les volontés exprimées dans les directives anticipées, conformément à la législation en vigueur. Elles sont valables sans limite de temps et peuvent être modifiées ou annulées à tout moment.

Si celles-ci ont déjà été rédigées, leurs lieux de dépôt sera inscrit dans le DPI ou éventuellement transférées.

48.6 - Accès aux informations

Le patient a accès aux informations contenues dans son dossier ; des aménagements à ce droit peuvent intervenir dans certaines situations. Pour les personnes étrangères, le recours à des interprètes (ou à des associations spécialisées dans l'accompagnement des personnes étrangères) est possible notamment en cas de difficultés linguistiques.

48.7 – La lutte contre la maltraitance

L'Hôpital Andrevetan s'attache à sensibiliser ses usagers et ses professionnels contre les actes de maltraitance. Une procédure de signalement est à disposition du personnel et des usagers.

La maltraitance est une violence se caractérisant « par tout acte ou omission commis par une personne s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne, ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière ».

Charte de bientraitance

« Bien traiter » les personnes âgées, c'est « reconnaître en eux des hommes et des femmes âgés, qui ont un passé souvent riche, une histoire de vie et une identité singulière, une famille, bref un statut de sujet à part entière, quelle que soit la gravité de leurs maladies et de leur état de dépendance ».

- 1- Identifier les besoins du résident/patient et ses facultés d'adaptation, afin d'apporter des réponses adaptées, qui favorisent son autonomie, de jour comme de nuit.
- 2- Prendre en considération la liberté de choix et de décision du résident patient, ses goûts, ses habitudes.
- 3- Respecter l'espace personnel du résident patient et son intimité.
- 4- Préserver la dignité du résident/patient et son estime de soi par son apparence, et en tenant compte de ses habitudes de vie.
- 5- Etre attentif à la qualité de la communication et du comportement envers le résident/patient.
- 6- Identifier les inquiétudes du résident/patient et chercher ensemble des réponses.
- 7- Prendre en compte les goûts, les habitudes alimentaires du résident patient, et faire du repas un moment de plaisir.
- 8- Favoriser les déplacements du résident patient en respectant son confort, son rythme, et en tenant compte de ses désirs d'aller et venir ainsi que de sa pathologie.
- 9- Favoriser les liens et les échanges avec les proches et l'entourage du résident/patient.
- 10- Accompagner le patient/résident dans sa fin de vie

Art. 49 - DEPOT DES VALEURS ET OBJETS

49.1 - Dépôt des valeurs et objets

Lors de son admission la personne hospitalisée ou hébergée est invitée à effectuer auprès de l'administration de l'établissement le dépôt des sommes d'argent et des objets de valeur qui sont en sa possession.

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

Dans le cas où l'usager ne peut participer à l'inventaire de ses biens, celui-ci est dressé et signé contradictoirement par un représentant de l'établissement et un accompagnant ou 2 représentants de l'établissement et définit les sommes d'argent et de tous les objets de valeurs dont l'usager est porteur. Le dépôt est effectué auprès du Régisseur de recettes de l'établissement.

Le régisseur de recettes de l'établissement effectue à son tour le versement des sommes d'argent et des objets de valeur déposés auprès de la Trésorerie principale.

L'établissement ne peut être tenu responsable de la perte ou de la disparition de sommes d'argent ou d'objets de valeur non régulièrement déposés selon la procédure ci-dessus.

Le refus de dépôt des sommes d'argent et des objets de valeur en possession de l'usager auprès du régisseur de recettes de l'établissement fera l'objet d'une décharge lors de l'admission de celui-ci dégageant l'établissement de toute responsabilité.

La responsabilité de l'établissement n'est pas 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.

49.2 - Restitution des valeurs et objets

Les sommes d'argent ou objets de valeur sont restitués à l'usager sur présentation du reçu délivré lors du dépôt et d'une pièce d'identité, soit :

- Par le régisseur de recettes de l'établissement, si les dépôts sont toujours en possession de celui-ci ;
- Par la trésorerie de l'établissement, si les dépôts ont été transférés à ce dernier.

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

Art. 50 - MODALITE D'EXERCICE DU DROIT DE VISITE

L'accès de l'établissement est réservé à ceux qui y sont appelés par leurs fonctions et aux personnes qui rendent visite à un patient ou un résident, aux heures de visite. Le Directeur ou son représentant ou encore le personnel de l'établissement doit donc être immédiatement avisé de la présence de personnes étrangères au service, autres que les patients/résidents ou leurs proches.

Toute personne ou institution étrangère au service ne peut effectuer une visite d'un service de l'établissement sans l'autorisation préalable du Directeur ou son représentant.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas, à titre professionnel, accès auprès des patients/résidents, sauf accord de ceux-ci et des responsables des services et après autorisation du Directeur.

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

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

Les personnes hospitalisées ou hébergées peuvent demander au cadre soignant du service de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès auprès d'eux.

Art. 51 - COMPORTEMENT DES VISITEURS

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des usagers, ni gêner le fonctionnement des services. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite pourront être décidées par le Directeur ou son représentant, après avis du responsable de l'unité de soins.

L'interdiction de visites exprimé par le patient / résident à l'encontre de personnes désignées par lui, devra être respectée.

Les visiteurs peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des usagers pendant l'exécution des soins et examens pratiqués sur eux. Lorsque des précautions complémentaires d'hygiène sont nécessaires, les visiteurs sont invités à se conformer aux informations du personnel soignant.

Aucun médicament ne doit être fourni ou délivré au patient / résident sans l'avis du médecin.

Le personnel infirmier du service doit s'opposer au fait de remettre des denrées ou des boissons aux personnes hospitalisées ou hébergées qui ne seraient pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit.

Les visiteurs doivent avoir une tenue correcte, éviter d'élever le ton de la conversation et de provoquer tout bruit intempestif, et avoir un comportement respectueux auprès du personnel.

Il est interdit de fumer dans les locaux y compris dans les chambres des résidents de l'EHPAD pour un principe de sécurité incendie.

L'expression des convictions religieuses ne doit pas entraver la tranquillité des autres usagers et de leurs proches, ni le fonctionnement du service.

Le nombre de visiteurs pourra être limité par décision du responsable du service.

Il est interdit aux visiteurs de prendre en photo ou de filmer d'autres résidents.

Art. 52 - HORAIRES DES VISITES

Les visites aux usagers ont lieu, en règle générale, entre 12h00 et 20h00, tous les jours. Cependant, les responsables de service peuvent être conduits à aménager ces horaires suivant les nécessités du service et l'état de santé de l'usager.

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

Lorsque l'état de santé de l'usager le justifie, la présence d'un accompagnant peut-être autorisée hors des heures de visite. Ainsi, les proches d'une personne en fin de vie, peuvent l'assister dans ses derniers instants et demeurer en dehors des heures de visite.

Art. 53 - HORAIRES DES REPAS – REPAS AUX ACCOMPAGNANTS

Le petit déjeuner est servi à partir de 7h30, le déjeuner à 12h00 et le dîner à 18h30.

Un repas peut être servi aux visiteurs, sous réserve des moyens d'accueil de chaque service. Ces repas doivent être réservés auprès des agents du service.

Ils sont facturés au tarif visiteur fixé annuellement par le Conseil de surveillance de l'établissement.

Art. 54 - COMPORTEMENT DES USAGERS – DESORDRES CAUSES PAR L'USAGER

Le comportement ou les propos des usagers ne doivent pas porter atteinte aux droits des autres usagers, ni perturber ou gêner le bon fonctionnement du service, ni encore porter atteinte à l'intégrité physique ou morale des personnels de l'établissement.

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

Outre les dispositions ci-dessus, l'indemnisation des préjudices subis pourra être demandée.

Art. 55 - INTERDICTION DE FUMER ET/OU DE VAPOTER

Il est strictement interdit de fumer dans les locaux de l'établissement conformément au Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 et de la Circulaire du 8 décembre 2006.

Cette interdiction concerne, pour des mesures de sécurité incendie, autant les chambres des usagers que tous les lieux communs de

l'établissement (salons, salles à manger, couloirs, offices...).

Il est également interdit de vapoter dans les lieux publics, conformément au Décret n°2017-633 du 25 avril 2017.

Art. 56 - TELEPHONE, TELEVISION, SYSTEME D'APPEL

56.1 - Téléphone et accès internet

Service de Soins de Suite

Les patients peuvent demander l'ouverture d'une ligne téléphonique et d'un accès internet par wifi auprès de l'accueil. L'ouverture de cette ligne est facturable.

Services EHPAD

Chaque chambre peut disposer d'une ligne téléphonique. Pour bénéficier de cette installation, les personnes peuvent souscrire à un abonnement mensuel pour le téléphone.

Ce service est facturé au tarif en vigueur fixée annuellement par le Conseil de surveillance.

L'accès à internet est proposé gratuitement. Un code d'identification sécurisé pourra être communiqué par le bureau des usagers à la demande du résident.

56.2 - Télévision

Service de Soins de Suite

Des téléviseurs sont installés dans toutes les chambres de SMR. Les patients bénéficient de ce service sous forme de location. La demande doit être formulée auprès du secrétariat des soins.

Ce service est facturé au tarif en vigueur fixée annuellement par le Conseil de surveillance.

Services EHPAD

Des téléviseurs sont installés dans les salles à manger de chaque service.

Les résidents disposent de téléviseur installé dans leur chambre avec accès couvert par le prix de journée.

Pour préserver le repos de tous, il convient d'user avec discrétion des appareils de radio et de télévision, et de veiller à ne pas déranger les autres usagers.

56.3 - Système d'appel

Un système de sonnette permet à chaque usager, à partir de sa chambre, de joindre à tout moment, le personnel du service.

Art. 57 - EXERCICE DU CULTE

Les usagers peuvent participer à l'exercice de leur culte. Les ministres des cultes des différentes confessions peuvent rendre visite aux usagers qui en ont exprimé le désir auprès des cadres de santé.

Une salle multi-culte est située au rez-de-chaussée.

L'expression des convictions religieuses ne doit cependant pas faire obstacle à la qualité des soins et aux règles d'hygiène, à la tranquillité des autres usagers et de leurs proches, ni au fonctionnement régulier du service.

CHAPITRE IX-RELATIONS ENTRE MEDECINS DE L'HOPITAL, MEDECINS TRAITANT & USAGERS

Art. 58 - CONSERVATION DU DOSSIER MEDICAL

La garde du dossier médical est assurée par l'Administration Hospitalière qui le conserve dans les conditions suivantes : il est conservé pendant une durée minimum de 20 années et plus selon les modalités mentionnées dans l'instruction ministérielle n° DHOS/E1/DAF/DPACI/2007/322 du 14 août 2007. Cette conservation est effectuée, dans les services d'archives médicales de l'établissement.

Art. 59 - COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

Le dossier médical est communiqué au malade qui le demande ou à la personne qu'il désigne à cet effet. En cas de décès du malade hospitalisé, il peut être communiqué aux ayants-droits conformément aux dispositions de la loi du 4 mars 2002, sauf si le défunt avait, au préalable, exprimé une volonté contraire.

Le dossier médical peut, en outre, être consulté sur place à la demande du malade, ou par le médecin désigné par le malade (à l'exclusion d'un médecin de compagnie d'assurance ou d'un médecin de contrôle). Les dispositions de la loi "informatique et liberté" ne permettent pas de déroger aux dispositions précédentes.

En ce qui concerne l'exercice du contrôle médical, les médecins responsables communiqueront ou prendront toutes dispositions

utiles pour que soient communiqués au médecin-conseil de la Sécurité sociale les documents médicaux nécessaires à l'exercice du contrôle.

Toutes garanties doivent être prises pour la sauvegarde du secret professionnel.

Art. 60 - INFORMATION DU MEDECIN TRAITANT (Hospitalisés de SMR)

Sous réserve de l'accord du malade, le médecin responsable adresse au médecin désigné par le malade une lettre l'informant de cette sortie, résumant les observations faites, les traitements effectués, ainsi qu'éventuellement la thérapeutique à poursuivre.

CHAPITRE IX - MESURES A PRENDRE EN CAS DE DECES

Art. 61 - CONSTAT DU DECES

Le décès est constaté par un médecin. Il établit un certificat de décès, lequel est transmis au Bureau des Usagers. L'original est remis aux pompes funèbres qui le transmettent dans les 24 heures au bureau d'état civil de la mairie.

Conformément à l'article 80 du Code Civil, les décès sont inscrits sur un registre spécial, disponible au Bureau des Usagers.

L'hôpital Andrevetan s'inscrit par ailleurs dans le déploiement de la certification électronique des décès avec l'instruction du 12 juin 2013 de la DGS (DGS / DAD / BS11P / 2013 / 291).

Lors du décès constaté médicalement, les équipes soignantes en informent les proches qui se chargent de prendre contact auprès de l'entreprise des pompes funèbres choisies afin d'engager les démarches nécessaires et d'accueillir le défunt dans leur centre funéraire.

Si le choix de l'entreprise des pompes funèbres n'a pas été indiqué dans le dossier des patients/ résidents et si les proches n'ont pas pu être contactés pour engager les démarches, au-delà d'un délai de 10h après le décès, l'Hôpital fera appel à une entreprise pour accueillir le défunt au sein de son centre funéraire.

Art. 62 - NOTIFICATION DU DECES

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

Art. 63 - INDICES DE MORT VIOLENTE OU SUSPECTE

Dans les cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un hospitalisé, le Directeur ou son représentant, prévenu par le médecin responsable, avise l'autorité judiciaire, conformément à l'article 81 du Code Civil.

Art. 64 - TOILETTE MORTUAIRE ET INVENTAIRE APRES-DECES

Lors du décès médicalement constaté, le personnel soignant du service procède à la toilette et à l'habillage du défunt, dans le respect des rites funéraires exprimés, avec toutes les précautions convenables et dresse l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, moyens de paiement, papiers, clefs, etc... qu'il possédait.

Cet inventaire est dressé en présence d'au moins un témoin. Il est inscrit sur un document établi en 3 exemplaires.

L'inventaire, mentionné à l'alinéa précédent, est établi dès le constat du décès. Il est signé par le personnel soignant et un témoin ou 2 personnels soignants. La dévolution des sommes d'argent, valeurs, bijoux et de tout objet laissé par le défunt est opérée dans les conditions prévues par le Code Civil et par la Loi 92-614 du 6 juillet 1992.

Les espèces, valeurs, moyens de paiement et bijoux sont immédiatement remis au comptable de l'établissement.

Les vêtements et objets sans grande valeur sont soigneusement remis à la famille. Ils sont conservés dans la limite d'un mois par les services de l'établissement. En cas de non-observation de ces règles, l'agent engage sa responsabilité et celle de l'hôpital.

Lorsque les mesures sanitaires l'obligent, les effets et objets ayant appartenu au défunt sont incinérés par mesure d'hygiène. Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants droits qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur desdits objets et effets.

Art. 65 - CHAMBRE MORTUAIRE

L'Hôpital Andrevetan n'est pas équipé d'une chambre mortuaire. Lors de l'admission d'un patient/résident, il est procédé au recueil de ses volontés sur la fin de vie ainsi que sur le choix d'éventuelles démarches funéraires.

CHAPITRE X – SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE (SSIAD)

Le Service de Soins Infirmiers à Domicile dispose d'un règlement intérieur spécifique pour les usagers de ce service qui définit les règles générales d'organisation et de fonctionnement. Il est remis à chaque personne prise en charge.

CHAPITRE XI – ACCUEIL DE JOUR

Le Service d'accueil de jour dispose d'un règlement intérieur spécifique pour les usagers de ce service qui définit les règles

générales d'organisation et de fonctionnement. Il est remis à chaque personne prise en charge.

CHAPITRE XII - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL – OBLIGATIONS DES PERSONNELS

Art. 66 - ASSIDUITE ET PONCTUALITE DU PERSONNEL

L'assiduité et la ponctualité du personnel soignant, administratif, technique et ouvrier font partie des conditions essentielles du bon fonctionnement de l'hôpital. Les horaires sont fixés par tableaux de service, et sur la base de plannings prévisionnels de travail.

Art. 67 - EXECUTION DES ORDRES RECUS

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

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

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 pour le bon fonctionnement de l'établissement.

Art. 68 - INFORMATION DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE DE TOUT INCIDENT

Tout agent doit informer son supérieur hiérarchique des incidents dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

Art. 69 - CONSERVATION EN BON ETAT DES LOCAUX, MATERIELS ET EFFETS

Tout membre du personnel doit veiller à conserver en bon état les locaux, les matériels, les effets et objets de toute nature mis à disposition par l'hôpital. Il peut être exigé un remboursement en cas de dégradation volontaire, de dégradation involontaire répétée laissant apparaître une désinvolture ou d'incurie caractérisée.

Art. 70 - OBLIGATION DE DEPOSER ARGENT, VALEURS OU OBJETS CONFIES PAR LES USAGERS

Aucun employé de l'hôpital Andrevetan ne doit conserver des dépôts d'argent ou d'objets de valeur appartenant aux usagers. Ces dépôts doivent être versés, sans délai, au régisseur des recettes disposant d'un coffre-fort à cet effet.

Art. 71 - INTERDICTION DE POURBOIRES

Le personnel ne doit accepter ni rémunération, ni pourboire de la part des usagers ou des visiteurs.

Art. 72 - INTERDICTION D'EXERCER UNE ACTIVITE PRIVEE LUCRATIVE

Il est interdit à tout agent titulaire, stagiaire, même exerçant à temps partiel, d'exercer à titre professionnel une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit, à l'exception des agents exerçant leur fonction pour une quotité de travail égale ou inférieure à 50%.

Des dérogations sont autorisées notamment pour un travail à temps non complet, des missions d'enseignement et d'expertise, dans le cadre de la réglementation sur les cumuls des rémunérations. Les agents doivent en informer le service des Ressources Humaines.

Art. 73 - IDENTIFICATION DU PERSONNEL

Une identification du personnel est instituée sur les tenues de travail pour le personnel qui en porte. Il convient que tout agent respecte ce principe d'identification établi dans un souci d'humanisation de l'établissement et de meilleure sécurité de tous.

Les professionnels sont différenciés par la couleur présente sur leur badge d'identification :

- Orange pour la direction et l'administration
- Rose pour les médecins et les cadres de santé
- Bleu pour les infirmières
- Vert pour les aides soignants,
- Jaune pour les aides aux services hospitaliers, les agents d'entretien, les agents du service technique.

Art. 74 - TENUE VESTIMENTAIRE DE TRAVAIL

Toutes les personnes appelées à travailler dans les services doivent adopter les tenues vestimentaires de travail usuelles dans l'établissement. La tenue vestimentaire réglementaire doit donc être portée pendant toute la durée du service. L'agent la restitue à la lingerie à son départ.

Toutefois, le port des vêtements de travail est interdit dans les restaurants du personnel et à l'extérieur de l'hôpital, lorsque le personnel n'est pas en service. Ces tenues doivent être remises au service de la blanchisserie par les agents qui veilleront à ce que les souillures soient en corrélation avec leurs métiers sans exagération.

Dans le cas contraire, ces agents auront la charge de l'entretien de leurs tenues vestimentaires.

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

Art. 75 - TENUE CORRECTE EXIGEE

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

Art. 76 - LUTTE CONTRE LE BRUIT

Chaque membre du personnel doit, par son comportement, participer à la lutte contre le bruit, tout particulièrement la nuit, dans les services de soins.

Art. 77 - INTERDICTION DE FUMER ET DE VAPOTER

Conformément au Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006, au Décret n°2017-633 du 25 avril 2017 et de la Circulaire du 8 décembre 2006, il est strictement interdit de fumer et de vapoter dans l'ensemble des locaux de l'établissement.

Art. 78 - INTERDICTION DU TELEPHONE PORTABLE

Il est strictement interdit d'avoir sur soi et/ou d'utiliser son téléphone portable personnel pendant les horaires de travail. Les téléphones portables doivent être laissés dans les vestiaires.

Art. 79 - INTERDICTION DE CONSOMMER DE L'ALCOOL OU DE LA DROGUE

Il est interdit d'introduire ou de consommer des boissons alcoolisées ou des stupéfiants au sein de l'hôpital pour la sécurité des agents et des usagers autres que du cidre ou de la clarette de die, et de manière modérée pour les manifestations particulières approuvées par la direction. Dans ce dernier cas, d'autres boissons devront être proposées (jus de fruits, sirop...).

Il est interdit d'entrer et de séjourner ou de travailler au sein de l'établissement sous l'emprise de l'alcool ou de drogues.

Un agent sous l'emprise de l'alcool ou de drogues et dans l'incapacité d'exécuter son travail ou d'assumer ses fonctions est fautif. Une sanction disciplinaire pourra être prise à son encontre.

L'hôpital pourra prouver l'état d'ébriété de tout agent par l'utilisation d'un alcootest et par les témoignages de responsables, de collègues ou d'usagers

Art. 80 - ATTITUDE ENVERS LES USAGERS

A tous les échelons, le personnel s'efforcera d'assurer aux usagers dont il a la charge le maximum de confort physique et moral.

Pendant le service, le personnel ne doit tenir, en présence des usagers ou des visiteurs aucune plainte sur l'organisation de l'établissement et aucun propos de nature à troubler le climat de sécurité, de calme et de sérénité indispensable à la vie en milieu hospitalier.

Tout résident/patient a droit au respect de sa vie privée. Son intimité doit être respectée à tout moment de son séjour, que ce soit lors des soins, des toilettes, des consultations, examens. Les moyens mis en place pour ce respect de la vie privée doivent être utilisés.

La personne doit être traitée avec égard et ne pas souffrir de propos familier ou malveillant, de gestes brusques, d'agressivité, d'attitude équivoque ou condescendante....

Les résidents/patients doivent être appelés par leur titre et nom ; le vouvoiement est de rigueur.

Art. 81 - RESPECT DE LA LIBERTE DE CONSCIENCE ET D'OPINION DES USAGERS ET VISITEURS

Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les usagers ou sur leur famille, qui doivent, notamment, être tenus à l'écart des mouvements à caractère syndical du personnel susceptible d'apparaître dans l'établissement.

Art. 82 - ACCUEIL DES FAMILLES

Les familles seront accueillies et informées avec tact et ménagement, en toutes circonstances. Tous les agents sont tenus de répondre à leurs sollicitations avec sollicitude.

Art. 83 - INFORMATION DES FAMILLES PAR RAPPORT AUX DECISIONS IMPORTANTES

Les familles seront avisées en temps utile, si besoin par téléphone, des décisions importantes concernant l'utilisateur (changement de service, transfert dans un autre établissement, sortie, etc...) avant que la décision ait reçu exécution, sauf urgence médicale.

Art. 84 - ENVOI RAPIDE DES AVIS D'AGGRAVATION DE L'ETAT DE SANTE

Le personnel fera diligence pour que les avis d'aggravation parviennent aux familles par les moyens les plus rapides, notamment le téléphone, lorsqu'elles ont laissé à l'hôpital un numéro à cet effet.

Art. 85 - SECRET PROFESSIONNEL

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

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

En l'absence d'opposition des usagers, les indications d'ordre médical – tel que le diagnostic et l'évolution de la maladie- ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions fixées par le Code de Déontologie ; Les renseignements courants sur l'état de l'utilisateur peuvent être donnés par les cadres de santé ou l'équipe infirmière.

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

Art. 86 - OBLIGATION DE DISCRETION PROFESSIONNELLE

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les fonctionnaires doivent faire preuve de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les fonctionnaires ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion.

Art. 87 - OBLIGATION DE RESERVE

C'est une modération de la liberté d'expression. Il s'agit d'une obligation de mesure, de modération, de retenue dans les propos et les attitudes.

Le principe de neutralité du service public interdit au fonctionnaire de faire de sa fonction l'instrument d'une propagande quelconque. La portée de cette obligation est appréciée au cas par cas par l'autorité hiérarchique sous contrôle du juge administratif.

La réserve impose au fonctionnaire d'éviter en toutes circonstances les comportements portant atteinte à la considération du service public auprès des usagers ou des personnes extérieures.

Art. 88 - RESPECT DU LIBRE CHOIX DES FAMILLES

Dans le cas où les familles ont la possibilité de faire appel à des entreprises privées (ambulances, pompes funèbres), leur libre choix doit être préservé.

Art. 89 - ACCES INTERDIT AUX DEMARCHEURS, AGENTS D'AFFAIRES

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

Art. 90 - LIVRET D'ACCUEIL DU PERSONNEL

Un livret d'accueil du personnel est remis à tout agent intégrant l'hôpital.

Art. 91 - EFFETS ET BIENS PERSONNELS / RESPONSABILITE

Chaque membre du personnel (médical ou non) est responsable de ses effets et biens personnels. Tout vol, toute perte (voire toute déprédation) d'argent, valeurs ou objets divers ne peut être imputé à la responsabilité de l'établissement.

Art. 92 – CHARTE INFORMATIQUE DU GHT

Points Clés de la Charte Informatique

La sécurité informatique est l'affaire de tous. Les services informatiques l'assurent par la mise en œuvre d'infrastructures, conçues sécurisées par des moyens techniques et organisationnels, et les utilisateurs par l'usage qu'ils font de ces équipements, notamment en respectant les règles de la charte informatique, qui sont résumées dans les 12 points suivants.

- 1 - La Charte informatique fait partie du Règlement Intérieur des établissements du GHT. Identique pour tous les établissements, elle s'applique à toute personne utilisant un des systèmes d'information des établissements du Groupe Hospitalier de Territoire Léman Mont-Blanc. Elle définit les droits et devoirs des utilisateurs.
- 2 - Le réseau informatique est un outil de travail. Son accès est protégé par des identifiants et des mots de passe. Les droits d'accès sont attribués selon les fonctions.
- 3 - Les identifiants qui sont attribués, sont personnels et l'usage qui en est fait engage la responsabilité de leur propriétaire.
- 4 - Le secret professionnel s'impose, quels que soient les droits accordés dans les SI du GHT.
- 5 - Toutes les actions faites avec un identifiant sont tracées conformément à la législation.
- 6 - Le téléchargement de fichiers n'est autorisé que pour des besoins professionnels.
- 7 - L'usage d'internet doit être responsable. Il est interdit de divulguer des informations couvertes par le secret médical et/ou professionnel, ou de porter atteinte à l'image de l'établissement, notamment sur les réseaux sociaux.
- 8 - Tout document, fichier ou courriel, qui n'est pas clairement identifié comme "privé", pourra être ouvert par toute personne ayant accès au répertoire du fichier.
- 9 - Les matériels personnels et ceux des visiteurs ne doivent pas être connectés au réseau interne des établissements, qui est réservé aux matériels professionnels. Pour leur accès à Internet ces matériels doivent passer par les réseaux WIFI Patients/Visiteurs/Personnels qui leur sont dédiés.
- 10 - Seule l'équipe informatique est autorisée à installer un matériel ou un logiciel sur le réseau.
- 11 - Il est interdit de contourner les mesures de sécurité en place sur le système d'information.
- 12 - Le non-respect de la Charte expose le contrevenant à des sanctions disciplinaires voire pénales.

Groupe Hospitalier de Territoire Léman Mont-Blanc.

Objet

La présente Charte décrit les règles d'accès et d'utilisation des ressources informatiques et des services internet des établissements du Groupe Hospitalier de Territoire Léman Mont-Blanc et rappelle aux utilisateurs les droits et les responsabilités qui leur incombent dans l'utilisation des systèmes d'information.

Les services informatiques sont en charge du bon fonctionnement des systèmes d'information des établissements d'un point de vue technique. Néanmoins, celui-ci dépend en grande partie de l'usage des équipements par les utilisateurs. Cette charte pose des règles permettant d'assurer la sécurité et la performance des systèmes d'information des établissements, de préserver la confidentialité des données dans le respect de la réglementation en vigueur et des droits et libertés reconnus aux utilisateurs, conformément à la politique de sécurité du système d'information définie par les établissements du Groupe Hospitalier de territoire.

Cette charte a été validée par les Directions Générales des établissements membres du GHT. Préalablement à sa mise en œuvre, elle a été présentée aux instances des établissements. Elle constitue une annexe aux Règlements Intérieurs des établissements. Les personnels extérieurs sont invités à en prendre connaissance. La Charte est mise à disposition sur les Intranets de tous les établissements.

1. Champ d'application

Cette Charte concerne l'usage des ressources informatiques, des services internet et téléphoniques et tous autres moyens de connexion à distance permettant d'accéder aux services de communication ou de traitement électronique interne ou externe

mis à disposition de leurs personnels par les établissements du Groupe Hospitalier de Territoire sur le lieu de leur travail ou à leur domicile, dans l'usage professionnel comme dans l'usage privé.

Cette Charte s'applique à l'ensemble des utilisateurs des moyens informatiques des établissements, directement ou à distance, qu'ils soient membre du personnel d'un établissement ou pas. Un document complémentaire est applicable par les prestataires informatiques des établissements.

Dans la Charte, sont désignés sous les termes suivants :

- Ressources informatiques : tous les moyens informatiques, matériels, logiciels ou simples codes d'accès.
- Outils de communication : moyens d'échanges et d'informations divers (ordinateurs, accès web, messagerie, forum, etc.)
- Utilisateur : toute personne ayant accès ou utilisant les ressources informatiques
- Service informatique : les membres de l'établissements chargés du bon fonctionnement et de la gestion des ressources informatiques ou les prestataires informatiques dûment contractualisés par l'établissement pour le faire.

2. Cadre réglementaire

Le cadre réglementaire de la sécurité de l'information 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, renforcé par le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD)
 - 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
- Le contrôle d'accès
- 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

Cette 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.

3. Critères fondamentaux de la sécurité

3.1. Principes

Les établissements de santé du GHT Léman Mont-Blanc hébergent des données et des informations médicales et administratives concernant leurs patients et leurs personnels. L'information se présente sous des formes multiples. Le système d'information contient également des données de gestion.

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, perte de données suite à une erreur d'utilisation d'une application informatique...).

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), sa confidentialité (l'information ne doit être accessible qu'aux personnes autorisées à y accéder) et sa traçabilité (les systèmes doivent comporter des moyens de preuve sur les accès et opérations effectuées sur l'information).

L'engagement de tous les établissements du GHT Léman Mont-Blanc dans la sécurité de ses données informatiques est énoncé dans la Politique Générale de Sécurité du Système d'information et déclinée dans la Politique de Sécurité du Système d'information. Ces documents également sont disponibles sur les intranets des établissements.

3.2. Une mission sécurité partagée par tous

La sécurité de l'information met en jeu des moyens techniques, organisationnels et humains définis et mis en œuvre par les directions des services informatiques. Les équipes informatiques mettent en production les applications nécessaires aux professionnels des établissements sur des infrastructures sécurisées dès leur conception, qui protègent ces ressources contre les pannes, les erreurs ou les malveillances, selon les meilleures pratiques de leur métier. Elles protègent les intérêts économiques des établissements en s'assurant que ces moyens sont utilisés conformément à l'objectif et la mission pour lesquels ils ont été acquis. Elles définissent et contrôlent les abus.

Néanmoins la sécurité repose également sur les utilisateurs, tant au niveau de leur professionnalisme que de leur vigilance afin que les patients bénéficient d'une prise en charge sécurisée et que leur vie privée ainsi que celle des personnels soient respectées. Chaque membre du personnel a donc une mission de sécurité informatique.

Le service informatique doit être, pour eux, non seulement la ressource technique en charge des équipements devant pallier aux pannes et assurer un support face aux difficultés d'usage des outils, mais également une ressource pour leur permettre de respecter cette charte et les aider s'ils ont des difficultés consécutives à sa mise en œuvre.

La communication vers les utilisateurs est un volet important de la mission sécurité.

4. Droits d'accès et devoirs de sécurité

4.1. Attribution des droits d'accès au réseau et aux applications

L'accès au système d'information des établissements est soumis à une autorisation. Cette autorisation est donnée à tous les membres du personnel de leur établissement de rattachement dont le métier nécessite un accès. Une demande formalisée émanant du cadre est indispensable pour tous les autres ainsi que pour tous les partenaires. Aucun utilisateur ne peut demander au service informatique de lui créer un identifiant ou de lui attribuer des droits d'accès sans l'aval de l'autorité à laquelle il est rattaché.

Dès lors, un utilisateur reçoit un code de connexion au réseau et un mot de passe. Le premier mot de passe est à usage unique et doit être changé dès la première utilisation.

L'obtention d'un droit d'accès à un système d'information de santé entraîne pour l'utilisateur les droits et les responsabilités précisées dans les paragraphes ci-dessous.

Avec ce code de connexion au réseau, l'utilisateur reçoit les droits d'accès aux applications et les habilitations qui sont nécessaires dans sa fonction. Ces droits d'accès sont strictement personnels et concédés pour des activités exclusivement professionnelles. Ils ne peuvent être cédés, même temporairement à un tiers. 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 les systèmes d'information. 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. Tout droit prend fin à l'échéance du contrat de travail de l'utilisateur, ou en cas de non-respect des dispositions de la charte par l'utilisateur.

Pour toute autorisation spécifique, une demande préalable écrite est requise. Cette demande, exprimée par l'utilisateur, doit être validée par son cadre, qui justifie et précise les accès nécessaires pour son collaborateur avant de la transmettre par écrit (email) à l'équipe informatique de son site. Après accord, le service informatique attribue ces droits d'accès

4.2. Mot de passe

Le mot de passe choisi doit être robuste, il comporte au minimum 8 caractères, mélange de chiffres, lettres majuscules et minuscule, et des caractères spéciaux. S'il doit, de préférence, rester simple à mémoriser, il doit surtout être complexe à deviner. Il doit être changé au minimum tous les trois mois. Après 10 tentatives infructueuses de connexion, l'utilisateur doit contacter le service informatique de son site de rattachement pour le faire débloquer.

Le mot de passe est strictement confidentiel. Il ne doit pas être communiqué à qui que ce soit sous quelque prétexte que ce soit. 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 dont il a l'usage, ni laisser un libre accès à ses comptes. Il doit être renouvelé par son possesseur dès qu'il y a la moindre suspicion de compromission.

L'utilisateur s'engage enfin à signaler toute tentative de violation de son compte personnel.

4.3. Confidentialité de l'information et obligation de discrétion

Les personnels des établissements sont soumis au secret professionnel et/ou médical.

L'accès par les utilisateurs aux informations et documents conservés sur les systèmes d'information est limité à ceux qui leur sont propres, ainsi que ceux publics, partagés ou nécessaires à leur fonction. 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, et aux conversations privées de type courrier électronique dont l'utilisateur n'est ni directement destinataire, ni en copie.

L'utilisateur doit assurer la confidentialité des données qu'il détient. En particulier, il ne doit pas diffuser à des tiers, au moyen d'outils non sécurisée, des informations nominatives et/ ou confidentielles couvertes par le secret professionnel.

4.4. Droits d'accès au Dossier Patient Informatisé

La politique des établissements concernant les attributions de droits au dossier patient informatisé vise à faciliter l'accès à l'information en tenant compte tant de la mobilité professionnelle et des fonctions transversales que de l'extension de la dématérialisation, des nouvelles fonctionnalités informatisées et de leurs acteurs mais en respectant la déontologie et la réglementation. Les droits en lecture sont ouverts largement mais les accès sont tracés et contrôlés. Les droits en écriture sont attribués seulement dans le périmètre de responsabilité.

4.5. Protection de l'information

Les postes de travail permettent l'accès aux applications des systèmes d'information et d'élaborer des documents bureautiques. Il est important de ne stocker aucune donnée ni aucun document sur ces postes (disques durs locaux) qui ne sont pas sauvegardés.

Les bases de données associées aux applications sont implantées sur des serveurs situés dans des salles informatiques. De même, les documents bureautiques produits doivent être stockés sur les serveurs de fichiers des établissements.

Les personnels qui sont dotés d'un matériel portable professionnel ne doivent pas le mettre en évidence pendant un déplacement, ni exposer son contenu à la vue du voisinage. Le matériel doit être rangé en lieu sûr.

L'utilisateur ne doit pas transmettre de fichiers sensibles à une personne qui en ferait la demande sans s'être assuré qu'il est en droit de les recevoir.

4.6. Usage des ressources informatiques

Seules des ressources appartenant aux établissements et gérées par les équipes informatiques peuvent être connectées aux réseaux professionnels des établissements. Une ressource ne peut être installée que par les personnes habilitées par l'établissement qui la fournit. De même l'installation de nouveaux logiciels est limitée à ces personnes habilitées.

Les membres du personnel ne sont pas autorisés à accéder aux informations stockées par les établissements au moyen d'un matériel personnel, sauf en cas de télétravail, après autorisation du directeur informatique du site de rattachement, dans le respect de cette charte et des procédures spécifiques à ce moyen d'accès.

L'utilisateur s'engage à ne pas modifier la configuration des ressources mises à sa disposition, sans avoir reçu l'accord préalable et l'aide des personnes habilitées.

Le non-respect de ces consignes peut faire courir aux établissements des risques plus ou moins importants principalement d'attaque de virus et d'incompatibilité avec les logiciels existants. Par conséquent, les directions informatiques peuvent être amenées à désinstaller sans préavis les matériels ou logiciels non autorisés.

Pour utiliser leurs matériels personnels dans les locaux d'un établissement, les utilisateurs doivent recourir au réseau spécifique mis à leur disposition.

Au regard des risques de dommages pour le système d'information et de fuite de données confidentielles, les supports de masse (clé USB et disques durs externes...) doivent être limités aux usages pour lesquels ils sont strictement nécessaires dans la mesure où les cas d'usage de ces matériels sont couverts par d'autres moyens (messagerie, dossiers partagés, accès sécurisé depuis l'extérieur...). En cas de besoins ou de difficultés se rapprocher de l'équipe informatique du site. Les postes de travail sont configurés de telle sorte que les auto exécution de programme lors de l'insertion du support soient désactivées.

4.7. Sauvegardes

Le service informatique est en charge des sauvegardes des serveurs du système d'information. Il ne fait aucune sauvegarde des postes de travail et les utilisateurs doivent enregistrer leurs données professionnelles sur le serveur de fichiers.

Les utilisateurs ne doivent pas faire de sauvegardes ou de copies des logiciels commerciaux acquis par l'établissement où ils se trouvent.

Les utilisateurs ne sont pas autorisés à faire des copies hors établissement des données notamment celles à caractère personnel ou de santé.

4.8. Virus informatiques

L'ensemble des postes est équipé d'un logiciel antivirus lancé automatiquement lors de leur démarrage.

Il est interdit de désactiver ou d'essayer de contourner cet antivirus par quelque moyen que ce soit, ces actions pouvant entraîner non seulement un dommage au poste, mais également à l'ensemble des réseaux du GHT Léman Mont-Blanc qui sont interconnectés.

En cas d'anomalie ou de message du système de protection antiviral, l'utilisateur doit stopper toute action, prévenir le service informatique et suivre ses directives.

4.9. Usage des outils de communication

Les outils de communication tels que le téléphone, le fax, Internet ou la messagerie sont destinés à un usage professionnel. L'usage à titre personnel, dans le cadre des nécessités de la vie privée, est toléré à condition qu'il soit occasionnel et raisonnable.

4.9.1. 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. En conséquence, il ne faut communiquer aucune information sensible par téléphone, notamment des informations nominatives, médicales ou non, ainsi que des informations ayant trait au fonctionnement interne d'un des établissements. Une communication d'information

médicale peut être faite si l'identité de l'interlocuteur téléphonique est sûre. Si un doute subsiste, le numéro de téléphone de l'interlocuteur doit être vérifié dans les annuaires internes ou professionnels.

La communication d'informations médicales aux patients et aux professionnels extérieurs est strictement réglementée. Les utilisateurs concernés doivent se conformer à la réglementation et aux procédures en vigueur dans l'établissement où ils se situent.

4.9.2. Usage d'Internet

En dehors des accès aux applications hébergées par des sociétés tierces retenues par les établissements pour assurer la couverture fonctionnelle d'un besoin, l'usage d'Internet a pour objectif d'aider les personnels à trouver des informations nécessaires à leur mission ou dans le cadre de projets spécifiques.

Il est interdit de se connecter ou de tenter de se connecter à Internet par des moyens autres que ceux fournis par les équipes informatiques des établissements.

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.

Un contrôle des accès aux sites visités permet de bloquer les sites jugés indésirables ou 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).

Tout téléchargement de fichiers, données, sons images ou vidéos, sur le réseau Internet doit s'effectuer pour un besoin professionnel et dans le respect des droits de la propriété intellectuelle. Les établissements du Groupe Hospitalier de Territoire Léman Mont-Blanc se réservent le droit de bloquer le téléchargement de fichiers trop volumineux ou pouvant présenter un risque pour la sécurité du système d'information.

Afin de ne pas pénaliser les temps de réponses, les applications professionnelles sont priorisées. La liste de ces applications prioritaires est tenue à jour par la direction informatique de chaque site.

4.10. Réseaux Sociaux

L'attention des utilisateurs est particulièrement attirée sur l'usage des réseaux sociaux qui sont des espaces publics où vie privée et vie professionnelle sont souvent mêlées. Il est recommandé d'observer sur les réseaux sociaux les règles de la présente Charte concernant les données personnelles, ainsi qu'une stricte discrétion professionnelle. Sur les réseaux sociaux comme en règle générale, les personnels ne doivent pas nuire à l'image de marque ou aux intérêts d'un des établissements que ce soit à travers des communications d'informations en interne ou en externe en utilisant des moyens professionnels ou privés. Les propos tenus sur ces sites engagent la responsabilité pénale de leur auteur.

4.10.1. Usage de la messagerie

La messagerie permet de faciliter les échanges entre les professionnels des établissements.

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 "PRIVE" dans l'objet. A défaut, les messages sont réputés relever de la correspondance professionnelle. Les messages marqués "PRIVE" ne doivent pas comporter de signature d'ordre professionnel à l'intérieur du message.

La taille des boîtes aux lettres est limitée pour des raisons techniques. L'utilisateur doit gérer sa boîte aux lettres en supprimant ou archivant régulièrement ses messages afin qu'il soit toujours en capacité de recevoir son courrier.

Il est strictement interdit d'utiliser la messagerie :

- Pour expédier des dossiers ou parties de dossiers médicaux vers l'extérieur
- Pour des messages d'ordre commercial ou publicitaire
- Pour du prosélytisme ou du harcèlement
- Pour des messages insultants ou de dénigrement
- Pour des textes ou des images provocants et/ou illicites
- Pour propager des opinions personnelles qui pourraient engager la responsabilité d'un des établissements ou porter atteinte à son image

Les utilisateurs sont tenus par leurs clauses de confidentialité et de loyautés contractuelles, dans le contenu des informations qu'ils transmettent par email.

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. En revanche, la messagerie sécurisée de santé (MSS) permet l'échange de données médicales conformément à la réglementation.

Il est strictement interdit :

- D'utiliser d'autres outils de messagerie que ceux fournis par l'établissement.

- D'ouvrir ou de lire des messages électroniques d'un autre utilisateur, sauf si ce dernier a donné son autorisation explicite
- D'usurper l'identité ou d'utiliser à son insu la signature d'une autre personne pour rédiger et envoyer un message

Les utilisateurs s'engagent à respecter les bons usages et précautions suivantes :

- Veiller à ne pas créer de spam en limitant les destinataires directs ou en copie aux seules personnes concernées
- Les envois de masse (courrier à destination d'un nombre important d'adresses) doivent être limités au maximum et doivent utiliser les listes de diffusion existantes. Quand il n'y a pas de liste correspondante, les adresses des destinataires doivent impérativement être mises en copie cachée et les destinataires rappelés dans le corps du message. Ces envois de masse doivent être fait uniquement pour diffuser des notes relatives au service. Pour ces messages, la fonction "répondre à tous" ne doit être utilisée que dans des cas de nécessité de service
- Ne pas utiliser la messagerie comme un forum de discussion
- Ne pas écrire dans un message électronique quelque chose que l'on s'interdirait d'exprimer oralement
- Suivre dans les mails les règles de respect et de courtoisie applicables à toute forme de communication
- Ne pas diffuser un message, une image ou une information tombant sous le coup de la loi

4.11. Stockage et sauvegarde des fichiers professionnels

En dehors des applications métiers qui nécessitent de conserver des données dans des fichiers bureautiques sauvegardés dans des espaces qui leurs sont propres, les utilisateurs qui créent des fichiers bureautiques doivent les stocker sur le serveur de fichier de leur site. Une arborescence normalisée est pour cela mise à leur disposition. Elle consiste en trois endroits selon l'usage auquel est destiné le fichier. Ainsi les utilisateurs disposent d'un lecteur personnel, dans lequel ils stockeront leurs fichiers qui ne sont pas partagés, d'un lecteur dans lequel ils mettront les fichiers partagés par tous les membres de leur service et d'un espace d'échange où ils trouveront les répertoires où mettre les fichiers à partager avec des personnes d'un ou plusieurs autres services. Dans cet espace de stockage partagé, les nouveaux répertoires nécessaires et les droits d'accès associés sont mis en place par le service informatique sur demande. Tous ces espaces sont sauvegardés par le service informatique.

4.12. Fichiers personnels

Les utilisateurs sont autorisés à stocker des données personnelles à la condition que celles-ci soient regroupées dans un répertoire identifié de leur initiales suivi de "- Privé", répertoire strictement situé sur le lecteur de leur session qui leur est réservé (lecteur personnel). Les documents de ce répertoire sont considérés comme confidentiels et le service informatique ne pourra donner accès à ces données qu'en présence de l'utilisateur conformément à la législation. Tout document en dehors de ce répertoire est réputé professionnel. Réciproquement, dans un répertoire identifié privé, il ne peut pas y avoir de données professionnelles.

Le volume de données contenu dans ce répertoire pourra être limité si besoin par des moyens techniques. Le service informatique n'est pas en charge de la sauvegarde des données privées.

Lors de la fin de contrat d'un utilisateur au sein d'un établissement, il est de la responsabilité de l'utilisateur de supprimer tous ses fichiers privés avant son départ. L'ensemble des fichiers restants sur les matériels informatiques après la date de fin de contrat de l'utilisateur, sont réputés professionnels et en conséquence accessibles par l'établissement propriétaire de l'équipement.

4.13. Fermeture des comptes

Lors de son départ, l'utilisateur doit remettre au service informatique tout moyen physique de connexion en sa possession (carte établissement, badges...). Le compte est désactivé et conservé. Les traces de l'activité de l'utilisateur sont conservées durant la durée légale correspondant à cette activité.

5. Informatique et Libertés – RGPD.

La loi Informatique et libertés de 1978, ses évolutions et les textes d'application sont applicables à toutes les données personnelles. Depuis le 25 mai 2018, le Règlement Général pour la Protection des Données s'impose à tous.

Toute création ou modification de fichier comportant des données nominatives ou indirectement nominatives doit, préalablement à sa mise en œuvre, être déclarée auprès de la direction informatique du site et du Délégué à la Protection des Données (DPD, ou DPO pour Data Protection Officer) qui sont en charge de la conformité avec ce règlement. Le traitement lié à ce fichier doit être décrit dans le registre des traitements de la structure selon la procédure mise en place par le DPD.

Il est rappelé que l'absence de déclaration de fichiers comportant des données à caractère personnel est passible de sanctions financières et de peines d'emprisonnement.

En cas de non-respect des obligations relatives à la loi Informatique et Libertés, la direction informatique du site pourra prendre toute mesure temporaire de nature à mettre fin au traitement illégal ainsi qu'informer le responsable hiérarchique de l'utilisateur à l'origine de celui-ci.

6. Surveillance du système d'information

6.1. Contrôle

Pour des nécessités de maintenance et de gestion, l'utilisation des ressources matérielles ou logicielles, les échanges via le réseau, ainsi que les rapports des télécommunications peut être analysée et contrôlée dans le respect de la législation applicable, et notamment de la Loi Informatique et Libertés. Le seul fait de tenter de contourner ces équipements de surveillance, d'analyse ou de contrôle par un moyen quelconque constitue un manquement à la charte d'utilisation du système d'information.

6.2. Traçabilité

Les matériels informatiques et des applications des établissements assurent une traçabilité des accès et des opérations réalisées. Il est ainsi possible pour chaque établissement de vérifier *a posteriori* quel identifiant a accédé ou tenté d'accéder à une information. Chaque utilisateur est responsable de ce qui est tracé sous son identifiant.

Les applications des établissements, ainsi que les réseaux, messagerie et accès Internet intègrent des dispositifs de traçabilité permettant d'enregistrer les données légales dont l'identifiant de l'utilisateur, l'heure de la connexion, le système auquel il est accédé, le type d'opération réalisée, les informations ajoutées, modifiées ou supprimées des bases de données en réseau et/ ou des applications de l'Hôpital, et la durée de la connexion (notamment pour l'accès Internet).

Les personnels de la Direction informatique respectent la confidentialité des données et des traces auxquelles ils sont amenés à accéder dans l'exercice de leur fonction, mais peuvent être amenés à les utiliser pour mettre en évidence certaines infractions commises par les utilisateurs.

Il est rappelé aux utilisateurs que, lorsqu'ils "naviguent" sur Internet les informations de traçabilités légales sont enregistrées y compris lors de l'usage de leur matériel personnel sur le réseau dédié. Les établissements et le cas échéant les prestataires en charge de la mise à disposition du WIFI aux patients, aux personnels et aux étudiants, en tant que fournisseurs de moyens, se doivent de transmettre l'ensemble des informations de navigation au pouvoir judiciaire sur simple demande. En conséquence l'ensemble des traces et des courriels sont conservés sur une durée conforme aux exigences que peut avoir le pouvoir judiciaire en France.

Par ailleurs, des données concernant l'utilisateur - sites consultés, messages échangés, données fournies à travers un formulaire, etc.- sont généralement 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 pas strictement nécessaire à la conduite de son activité professionnelle.

6.3. Alertes

Tout constat de vol de matériel ou de données, d'usurpation d'identité, de détournement de moyen, d'envoi ou 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.

7. Responsabilités et sanctions

Les règles définies dans cette Charte ont été fixées par les Directions Générales des établissements membres du GHT Léman Mont-Blanc dans le respect des dispositions législatives et réglementaires applicables. Les établissements ne pourront pas être tenu pour responsables 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 Charte, la personne responsable de ce manquement est passible de sanctions. Celles-ci pouvant être :

- Un rappel ou un avertissement accompagné ou non d'un retrait partiel ou total, temporaire ou définitif, des moyens informatiques, voire une sanction disciplinaire
- Selon la gravité du manquement, des actions civiles ou pénales pourront être menées

Depuis le 01/10/2017, les incidents graves de sécurité doivent également faire l'objet d'un signalement à l'Agence régionale de Santé, en application de l'article 10 de la loi N°2016-41 de modernisation du système de santé.

CHAPITRE XIII - REGLES DE CIRCULATION & DE STATIONNEMENT AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

Art. 93 – CIRCULATION ET STATIONNEMENT

Les voies de circulation et de stationnement de l'établissement sont strictement réservées à la circulation du personnel et des usagers du Service Public Hospitalier.

Les dispositions du Code de la Route, sont applicables dans l'enceinte de l'hôpital. La vitesse y est limitée à 20 km/h.

Les conducteurs de véhicules sont tenus d'éviter les comportements générateurs de bruits.

Un parking visiteur est à disposition des usagers. Le stationnement, dans des emplacements à l'évidence gênants, est interdit. En outre, des aires de stationnement sont réservées aux personnes handicapées. Il est interdit de stationner sur ces places réservées. Le personnel dispose d'un parking réservé et sécurisé avec un accès contrôlé par badge.

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

Elle ne saurait en rien engager la responsabilité de l'hôpital, notamment en cas d'accident de la circulation, de vol de véhicules ou de déprédations.

La Direction de l'hôpital se réserve le droit de faire appel aux forces de police, à la fourrière, sans mise en demeure préalable, pour les véhicules dont le stationnement ne serait pas autorisé et/ou entraverait gravement la circulation et/ou mettrait en péril la sécurité des personnes ou des biens.

CHAPITRE XIV- PLAN BLANC - BLEU

Art. 94 – Situations exceptionnelles

La gestion des situations exceptionnelles est explicitée en détails dans le « Plan blanc » de l'établissement.

Une analyse des risques est établie et un plan d'action est détaillé.

Ce « plan Blanc est disponible dans le logiciel « ENNOV » ainsi que dans la mallette de garde des personnels d'astreintes.

Ce document est mis à jour régulièrement.