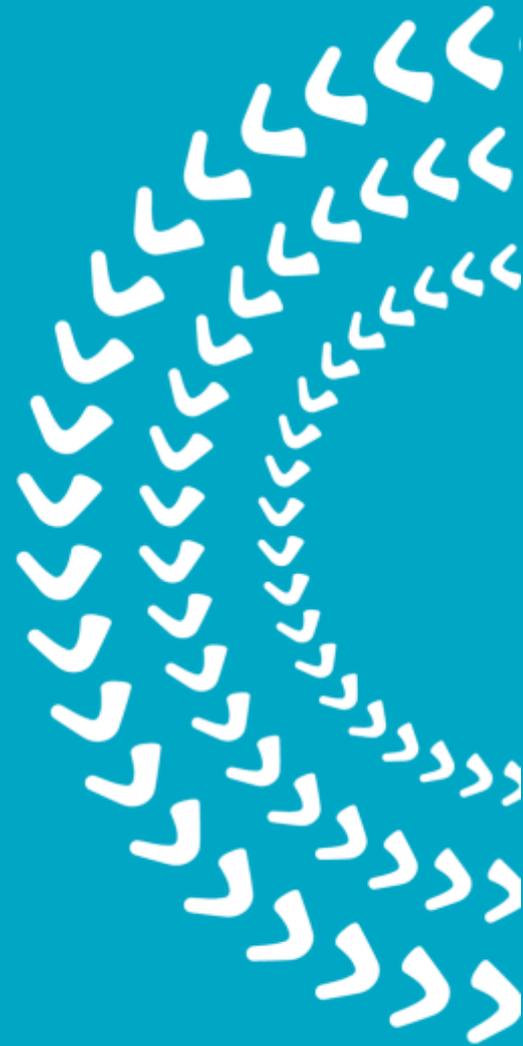




ERASME

ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ

Règlement intérieur



L'Établissement Public de Santé Erasme est spécialisé en psychiatrie Il accueille les patients du Sud et centre 92 suivant les principes de sectorisation :

Nos secteurs de psychiatrie adulte desservent les villes suivantes :

- Le 92 G 09 desservant les communes de Puteaux et Suresnes
- Le 92 G 20 desservant les communes de Châtenay-Malabry, Fontenay Aux Roses, Sceaux
- Le 92 G 21 desservant les communes d'Antony et Bourg-la-Reine

Et nos intersecteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent :

- Le 92 I 5 desservant les communes de Boulogne, Chaville, Meudon et Sèvres
- Le 92 I 6 desservant les communes de Clamart, Petit-Clamart, Malakoff, Issy-les-Moulineaux Montrouge, Vanves, le Plessis Robinson,
- Le 92 I 7 desservant les communes d'Antony, Bagneux, Bourg-la-Reine, Chatillon, Châtenay-Malabry, Fontenay aux Roses, Sceaux

Le présent règlement intérieur de l'établissement applicable à toutes les structures intra et extra hospitalières s'appuie sur le code de la santé et autres textes qui régissent l'hôpital public. Il ne reprend pas la totalité du dispositif réglementaire mais répond à un double objectif :

- informer les patients et leur entourage et rappeler aux personnels les grandes règles de fonctionnement de l'EPS ERASME,
- mettre en place des règles pour lesquelles le législateur a accordé une autonomie d'organisation : composition d'instances, modalités d'organisation fonctionnelle des activités cliniques et médico- techniques.

Sur un plan pratique le règlement intérieur de l'établissement sera consultable sur demande et sur le site internet de l'hôpital. (www.eps-erasme.fr)

Pour les personnels, il est consultable sur intranet avec un lien pour accéder aux procédures concernées.

Table des matières

Partie 1 : Droits et obligations des usagers de l'EPS Erasme.....	8
Titre 1 : Comité en charge des relations avec les usagers : La Commission des usagers (CDU)...	8
Article 1. Composition.....	8
Article 2. Compétences.....	8
Article 3. Fonctionnement.....	8
Titre 2 : Modalités relatives à l'admission.....	8
Article 4. Sectorisation et principe de libre choix du patient.....	8
Article 5. Admission d'un patient du secteur.....	8
Article 6. Admission d'un patient « hors-secteur ».....	9
Article 7. Transfert.....	9
Article 8. Admission d'un patient mineur.....	9
Article 9. Admissions des personnes sans domicile fixe.....	9
Article 10. Prise en charge des frais d'hospitalisation.....	9
Article 11. Hospitalisation libre.....	10
Article 12. Soins sans consentement.....	10
Titre 3 : Modalités relatives aux séjours.....	11
Article 13. Livret d'accueil.....	11
Article 14. Questionnaire de satisfaction.....	11
Article 15. Information du patient.....	11
Article 16. Information du mineur ou du majeur protégé.....	11
Article 17. Information du médecin traitant.....	12
Article 18. Personne de confiance et personne à prévenir.....	12
Article 19. Information aux familles.....	12
Article 20. Le dossier patient informatisé.....	12
Article 21. Communication des informations médicales au patient.....	12
Article 22. Non-divulgence de présence.....	13
Article 23. Modalités générales relatives aux visites.....	13
Article 24. Comportement des visiteurs.....	13
Article 25. Détermination des menus.....	13
Article 26. Droit à la vie privée.....	13
Article 27. Communications électroniques, téléphoniques et postales.....	14
Article 28. Exercice du droit de vote.....	14

Article 29. Photographies, vidéo et enregistrement.....	14
Article 30. Accès à la télévision et à la radio	14
Article 31. Accès à la bibliothèque.....	14
Article 32. Accès à la cafeteria	14
Article 33. Accès aux activités culturelles et sportives.....	14
Article 34. Principe de neutralité religieuse de l'établissement.....	15
Article 35. Liberté religieuse	15
Titre 4 : Modalités relatives à la sortie	15
Article 36. Sortie du patient en soins libres	15
Article 37. Sortie du patient en soins psychiatrique sans consentement.....	15
Article 38. Sortie d'un patient mineur ou d'un majeur protégé.....	16
Article 39. Sortie contre avis médical.....	16
Article 40. Sortie sans autorisation	16
Article 41. Sortie disciplinaire	16
Titre 4 : Dispositions en cas de décès	16
Article 42. Constat du décès	16
Article 43. Notification du décès.....	16
Article 44. Cas de mort violente ou suspecte	17
Article 45. Toilette mortuaire et inventaire post-décès	17
Partie 2 : Organisation de l'EPS Erasme	17
Titre 1 : Les instances	17
Article 46. Le Conseil de surveillance	17
Article 47. Le Directeur et le Directoire.....	18
Article 48. Le directoire	18
Article 49. La Commission Médicale d'Etablissement (CME).....	19
Article 50. Le Comité Social d'Etablissement (CSE).....	20
Article 51. La formation spécialisée du comité en matière de santé, de sécurité et de condition de travail.....	20
Article 52. La Commission des Soins infirmiers, de Rééducation et Médicotechnique (CSIRMT)	21
Article 53. Comités relatifs à la qualité et à la sécurité des soins	21
Article 54. Les Commissions Administrative Paritaires (CAP)	24
Article 55. La commission consultative paritaire	24

Titre 2 : Organisation de la prise en charge des patients.....	24
Chapitre 1 : Organisation des activités cliniques	24
Article 56. Section 1 : Organisation en Pôles.....	24
Article 57. Obligation des professionnels.....	25
Article 58. Article Organisation médicale	25
Article 59. Organisation paramédicale	25
Partie 3 : Droits et obligations des personnels de l'EPS Erasme.....	26
Titre 1 : Droits des personnels.....	26
Article 60. Liberté d'opinion et d'expression	26
Article 61. Egalité des sexes et principe de non-discrimination.....	26
Article 62. Carrière et évolution professionnelle.....	26
Article 63. Expression syndicale	27
Article 64. Exercice professionnel.....	27
Titre 2 : Obligations des personnels.....	28
Article 65. Respect de la vie privée des patients	28
Article 66. Respect de la liberté de conscience et d'opinion des patients et des visiteurs.....	28
Article 67. Devoir d'information	28
Article 68. Ponctualité et assiduité	28
Article 69. Présentation soignée	28
Article 70. Effets et biens personnels	29
Article 71. Permis de conduire.....	29
Article 72. Secret et discrétion professionnels.....	29
Article 73. Photographie, enregistrement, vidéo	29
Article 74. Signalement des événements indésirables.....	29
Article 75. Alcool sur le lieu de travail.	30
Article 76. Obligations relatives au service public.....	30
Article 77. Témoignage en justice ou auprès des autorités de police sur des faits intéressant le fonctionnement de l'établissement	30
Article 78. Charte Informatique	31
Article 79. RGPD.....	31
Partie 4 : Hygiène et sécurité à l'EPS Erasme.....	31
Titre 1 : Règles de santé publique.....	31
Article 80. Interdiction de fumer.....	31

Article 81. Interdiction d'introduire et de consommer des stupéfiants (alcool, cannabis, drogues).....	32
Article 82. Animaux domestiques	32
Article 83. Interdiction relative à la nourriture.....	32
Titre 2 : Règles relatives à la sécurité intérieure	32
Article 84. Accès à l'établissement.....	32
Article 85. Matériel de sécurité générale et vidéosurveillance.....	32
Article 86. Calme et tranquillité au sein de l'établissement	32
Article 87. Dégradation de biens.....	33
Article 88. Détention d'armes et de produits dangereux.....	33
Article 89. Astreinte technique.....	33
Article 90. Plan Blanc.....	33
Article 91. Accès et stationnement.....	33
Article 92. Règles de circulation.....	33
Article 93. Poursuites	33
Article 94. Rapports avec l'autorité judiciaire.....	34
Article 95. Rapport avec l'autorité de police	34
Article 96. Rapports avec les médias	34
Partie 5 : Règles relatives au règlement intérieur	34
Article 97. Approbation du règlement intérieur.....	34
Article 98. Communication du règlement intérieur.....	34
Article 99. Modifications du règlement intérieur.....	34
Partie 6 : Annexes.....	35

Partie 1 : Droits et obligations des usagers de l'EPS Erasme

Titre 1 : Comité en charge des relations avec les usagers : La Commission des usagers (CDU)

Article 1. Composition

La CDU est présidée par un représentant des usagers.

Elle est composée du directeur général ou de son représentant, d'un médiateur médecin, d'un médiateur non médecin, des représentants des associations agréées des usagers et des familles, d'un représentant de la commission médicale d'établissement et de la direction des soins. Sont invités de façon permanente, l'ingénieure chargée de la qualité et de la sécurité des soins et la directrice chargée des droits des patients du GH Paul Guiraud.

Article 2. Compétences

La commission a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches. Elle contribue également, 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 ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité des soins. Elle examine les plaintes et réclamations et suit les demandes d'accès à leur dossier par les patients.

Article 3. Fonctionnement

La CDU se réunit une fois par trimestre au minimum. Un rapport annuel de l'activité est publié. Elle dispose d'un règlement intérieur.

Titre 2 : Modalités relatives à l'admission

Chapitre 1 : Dispositions générales

Article 4. Sectorisation et principe de libre choix du patient

Dans le cadre de la sectorisation, les patients sont pris en charge en fonction de leur lieu d'habitation. A chaque territoire correspond un secteur auquel est rattaché le lieu d'habitation du patient.

Au sein du secteur dont il dépend, le patient conserve, en vertu du principe de libre choix, le droit de choisir son médecin, sauf en cas d'urgence.

Article 5. Admission d'un patient du secteur

L'admission d'un patient du secteur se fait conformément aux lois régissant les modalités de soins en psychiatrie, notamment la loi du 31 décembre de 1985 et du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge et la loi du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi

n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Lors de l'admission du patient dans l'unité de soin, un inventaire des effets personnels du patient est établi. Les valeurs monétaires et objets de valeurs sont déposés et conservés au coffre des admissions.

[Article 6. Admission d'un patient « hors-secteur »](#)

Dans le cas où un patient ne pourrait être accueilli au sein de son secteur de référence, l'EPS Erasme peut accepter son hospitalisation. Le transfert sera ensuite organisé pour qu'il puisse retourner dans son secteur d'origine.

[Article 7. Transfert](#)

Le retour du patient dans son secteur d'origine est organisé par les médecins. Si le patient est hospitalisé sans consentement, le directeur ainsi que le cas échéant le représentant de l'Etat doivent autoriser le transfert.

Lorsque le patient nécessite de recevoir des soins que l'EPS Erasme ne serait pas en capacité de lui délivrer, notamment les soins d'ordre somatique, le patient peut être transféré, pendant son séjour à l'EPS Erasme, sur prescription médicale, vers un établissement de soin compétent.

[Article 8. Admission d'un patient mineur](#)

Lors de l'admission d'un patient mineur, l'autorisation de ses représentants légaux ou une décision de justice sont obligatoires. Exception est faite en cas d'urgence, les autorisations précitées ne sont plus requises, le procureur de la république donne son accord.

[Article 9. Admissions des personnes sans domicile fixe](#)

Les patients sans domicile fixe sont hospitalisés selon le dispositif ARS Ile de France précisant les principes généraux en matière de sectorisation psychiatrique des patients en Ile de France, dans l'hôpital correspondant à leur secteur d'origine ou en l'absence de secteur de référence, selon le lieu où il a été interpellé.

[Article 10. Prise en charge des frais d'hospitalisation](#)

Le séjour à l'hôpital est payant. Les frais d'hospitalisation incombent au patient ou sont pris en charge par les organismes auprès desquels il est assuré tels que la sécurité sociale, la mutuelle, la couverture maladie universelle (CMU) ou l'aide médicale d'Etat (AME).

Les frais d'hospitalisation comprennent :

- Les frais de séjours équivalent au prix de journée
- Le forfait journalier hospitalier, créé par la loi n° 83-25 du 9 janvier 1993 qui représente la participation financière aux frais d'hôtellerie et d'entretien. Le montant en est fixé par les pouvoirs publics.

L'assurance maladie couvre 80% des frais de séjour, pendant les trente premiers jours et 100% au-delà. Dans certains cas, notamment pour une hospitalisation pour une affection de longue durée, une prise en charge à 100% du séjour peut être envisagée dès l'admission.

Le forfait journalier hospitalier reste à payer par le patient, même s'il bénéficie d'une prise en charge à 100% ou de la CMU. Toutefois, certaines mutuelles et la CMU Complémentaire le prennent en charge.

Dans le cas où il n'est pas assuré social ou pas dans la capacité de payer la totalité de la prestation et le forfait journalier, le patient doit prendre contact rapidement avec le service des frais de séjour ou l'assistante sociale rattachée à son service.

Les prises en charge telles que les soins en centre médico psychologique (CMP) ou en Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ne nécessitent pas d'avances de frais pour les patients. Ils sont entièrement pris en charge par la Sécurité sociale

Chapitre 2 : Modalités d'hospitalisations

Article 11. Hospitalisation libre

Les patients en hospitalisation libre bénéficient de la libre circulation (liberté d'aller et venir) dans le respect du présent règlement et de celui des unités.

Avant toute sortie, l'équipe soignante qui prend en charge le patient doit être avertie.

Article 12. Soins sans consentement

Les patients peuvent être hospitalisés et bénéficier de soins sans leur consentement suite à la demande d'un proche, en cas de péril imminent ou suite à une décision du représentant de l'Etat. Dans ce cadre, le patient est pris en charge en hospitalisation complète, sans sortie régulière ou ponctuelle de plus de 48 heures, ou dans le cadre d'un programme de soins où plusieurs formes de prise en charge sont possibles : hospitalisation de courte durée, hospitalisation à temps partiel, hospitalisation à domicile, consultation au CMP, séance au CATTP.

Si l'hospitalisation sans consentement se poursuit au-delà de 12 jours, le Juge des Libertés et de la Détention sera saisi afin de vérifier les conditions de l'hospitalisation ainsi que la régularité de la procédure. Un avocat désigné par le patient ou commis d'office assistera le patient.

Dans le cas d'une hospitalisation à la demande d'un tiers, ce dernier sera également informé de la tenue de l'audience par le Tribunal de Grande Instance de Nanterre. Le patient peut demander à l'un de ses proches de l'accompagner lors de son audience.

A tout moment de son hospitalisation, le patient peut saisir le Juge des Libertés et de la Détention. Cette possibilité est également ouverte aux titulaires de l'autorité parentale pour les mineurs, au représentant légal du majeur placé sous tutelle ou sous curatelle, au conjoint ou à la personne ayant formulé la demande de soin, aux parents ainsi qu'à toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient.

De surcroît, les patients peuvent prendre conseil auprès de l'avocat de leur choix et communiquer avec le Préfet du département, le maire de la commune ou le Procureur de la République. Ils

peuvent également saisir la Commission Départementale des Soins psychiatriques et porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations relatifs à la privation de liberté.

Par ailleurs, l'exercice des libertés individuelles du patient hospitalisé sans consentement peut être limité par des consignes médicales en fonction de son état de santé. Il sera informé, dès son admission et par la suite, de sa situation juridique et de ses droits.

Dans le cas d'une hospitalisation décidée par un représentant de l'Etat, l'hospitalisation ainsi que les modalités de soins sans consentement seront soumises à l'accord du préfet.

Titre 3 : Modalités relatives aux séjours

Chapitre 1 : Accueil du patient

Article 13. Livret d'accueil

L'EPS Erasme met à disposition des patients, dès leur admission, un livret d'accueil pour les accompagner dans leur hospitalisation. Le livret d'accueil contient toutes les informations utiles sur les droits et les conditions de séjour du patient ainsi que sur l'organisation de l'établissement. Le livret précise la libre disposition du présent règlement intérieur.

Article 14. Questionnaire de satisfaction

Un questionnaire de satisfaction est remis au patient à l'issue de son séjour à l'EPS Erasme. Le patient peut exprimer ses appréciations et observations relatives à son hospitalisation. A la demande du patient, le questionnaire est transmis, sous forme anonyme, à la Direction. La Commission des usagers utilise ces questionnaires pour formuler des propositions d'améliorations.

Chapitre 2 : Informations relatives au patient

Article 15. Information du patient

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Les professionnels de santé doivent aux patients une information loyale, claire et appropriée. Seule l'urgence peut exonérer le personnel médical ou soignant de son obligation d'information.

Si le patient refuse d'être informé de son état de santé, sa volonté doit être respectée.

Article 16. Information du mineur ou du majeur protégé

Les informations concernant les mineurs ou les majeurs protégés doivent être communiquées à leurs responsables légaux respectifs : le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur.

Toutefois, les patients, même incapables juridiquement, sont informés de leur état de santé et sont associés à la prise de décisions les concernant. Cette participation est adaptée en fonction de leur capacité de discernement ainsi que de leur maturité.

[Article 17. Information du médecin traitant](#)

Sauf refus explicite du patient, le médecin traitant est informé, au cours de l'hospitalisation de l'état de santé de la personne hospitalisée. Au terme de l'hospitalisation, un compte rendu lui est adressé.

Le patient peut, par décision expresse, refuser que le médecin traitant soit averti.

[Article 18. Personne de confiance et personne à prévenir](#)

Toute personne majeure hospitalisée au sein de l'EPS Erasme est invitée à désigner une personne de confiance par écrit lors de l'admission ou à tout moment durant l'hospitalisation. La personne de confiance peut être révoquée à tout moment par le patient. Cette personne peut accompagner le patient dans ses démarches et l'assister lors des entretiens médicaux pour l'aider dans ses décisions. Cette personne sera le référent auquel s'adressera l'établissement dans le cas où le patient se trouvera hors d'état d'exprimer sa volonté.

La personne de confiance peut être un parent, un proche ou le médecin traitant.

Les personnes protégées par une mesure de tutelle ne sont pas concernées par la désignation de la personne de confiance. Toutefois, le juge des tutelles peut confirmer ou révoquer la mission de la personne antérieurement désignée.

La personne à prévenir est à distinguer de la personne de confiance même si elles peuvent être une seule et même personne. La personne à prévenir est désignée comme celle étant à prévenir en cas de problème survenant lors du séjour du patient.

[Article 19. Information aux familles](#)

Lors de son admission, le patient désigne la personne de son entourage à prévenir. Les familles peuvent être reçues par les médecins aux jours et heures de visites ou sur rendez-vous. Dans le respect des obligations découlant du secret médical, ainsi que des volontés du patient, les familles et proches de la personne hospitalisée sont informées de l'état de santé du malade.

[Article 20. Le dossier patient informatisé](#)

Les dossiers des patients au sein de l'EPS Erasme sont conservés en partie sous forme informatisée. Les modalités d'accès restent néanmoins inchangées et les règles de communication du dossier patient sont respectées.

[Article 21. Communication des informations médicales au patient](#)

Conformément à la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, le patient a accès à son dossier médical. Pour cela une demande écrite accompagnée d'un justificatif d'identité, doit être adressée auprès du directeur d'établissement.

[Article 22. Non-divulgation de présence](#)

Le patient peut, lors de son admission, demander à ce que sa présence au sein de l'établissement ne soit pas divulguée à des tiers extérieurs.

[Chapitre 3 : Visites](#)

[Article 23. Modalités générales relatives aux visites](#)

Sous réserve de l'autorisation du médecin, le patient peut recevoir des visites chaque jour entre 13h30 et 20 heures. Les visites des enfants de moins de 15 ans sont soumises à l'avis médical et un aménagement est proposé.

Le patient peut refuser des visites.

[Article 24. Comportement des visiteurs](#)

Les visiteurs doivent respecter le calme de l'établissement et le repos des patients. Ils ne doivent pas porter atteinte au fonctionnement des services. Les visiteurs sont tenus d'adopter une tenue correcte et adaptée. En aucun cas les visiteurs ne pourront apporter aux patients des boissons alcoolisées ou des substances illicites. L'apport de médicaments doit requérir l'accord du médecin. De la même manière les boissons ou aliments apportés, susceptibles d'être contraires au régime alimentaire du patient, ne pourront être conservés.

Les visites ne sont pas autorisées lorsque des soins sont prodigués aux patients.

Chaque visiteur devra à son entrée dans l'établissement justifier de son identité en remettant à l'accueil sa pièce d'identité qui lui sera remise à sa sortie.

[Chapitre 4 : Alimentation des patients](#)

[Article 25. Détermination des menus](#)

Une commission des menus animée par la diététicienne en partenariat avec les services de restauration élabore les menus en prenant l'avis des patients et des personnels. La commission des menus se réunit une fois par mois.

La diététicienne se charge de faire respecter les régimes prescrits par les médecins.

[Chapitre 5 : Vie privée du patient](#)

[Article 26. Droit à la vie privée](#)

Les patients ont droit au respect de leur vie privée. Leur image, leurs correspondances, leurs communications, leur intimité ainsi que leurs visites sont, à ces titres, protégées.

[Article 27. Communications électroniques, téléphoniques et postales](#)

Sauf avis médical contraire, les patients peuvent librement communiquer par voie électronique, téléphonique ou postale. Temporairement, les médecins peuvent restreindre les communications des patients.

Un accès internet est à la disposition des patients à la cafétéria.

L'usage du téléphone doit respecter le fonctionnement du service et ne doit pas entraîner de nuisances sonores.

Les opérations postales sont assurées par le vaguemestre par la voie duquel il est possible d'envoyer et de recevoir du courrier.

[Article 28. Exercice du droit de vote](#)

Une permission peut être octroyée au patient pour qu'il puisse exercer son droit de vote. Dans le cas contraire, il est possible pour le patient de voter par procuration.

[Article 29. Photographies, vidéo et enregistrement](#)

Les patients et visiteurs ne sont pas autorisés à filmer, photographier, enregistrer, divulguer des contenus sur les réseaux sociaux sauf accord des deux parties. Le cas échéant, des poursuites pourraient être engagées contre le contrevenant.

[Chapitre 6 : Activités sociales](#)

[Article 30. Accès à la télévision et à la radio](#)

Sous réserve d'avis médical contraire, les patients sont autorisés à utiliser télévisions et radio sans troubler le calme de l'établissement et le repos des autres patients.

[Article 31. Accès à la bibliothèque](#)

La bibliothèque est ouverte aux usagers de l'EPS Erasme qui peuvent y emprunter des livres les mardi et jeudi de 9h à 12 h 30 et de 13h30 à 17 H, et le vendredi de 9h à 12 h 30 et de 13 h 30 à 16 H.

[Article 32. Accès à la cafeteria](#)

La cafétéria est ouverte à tous les usagers et personnels de l'EPS Erasme. La cafétéria est ouverte en semaine du lundi au jeudi de 9h00 à 12h et de 13h15 à 16h00, le vendredi de 9 h à 12 h et de 13 h 15 à 15 h 00 et le week-end et jours fériés de 9h00 à 12h et de 13h15 à 16h00. Deux postes informatiques connectés à internet y sont en accès libre pour les patients.

[Article 33. Accès aux activités culturelles et sportives](#)

L'EPS Erasme propose aux patients des activités variées tant culturelles que sportives. L'information autour des projets culturels et sportifs est diffusée dans chaque unité de soins.

Une salle de sport est mise à disposition des patients après avis médical et en fonction de créneaux horaires définis avec la psychomotricienne ou l'éducateur sportif. Cette activité est accompagnée par la psychomotricienne ou l'éducateur sportif ou encore des soignants de l'unité.

Des associations de bénévoles peuvent intervenir au sein de l'établissement afin d'apporter du soutien aux patients et à leurs familles. Leur intervention est encadrée par les médecins et la direction.

Chapitre 7 : Respect de la laïcité :

Article 34. Principe de neutralité religieuse de l'établissement

L'EPS Erasme est un établissement laïc, dans ce cadre un strict respect de neutralité religieuse doit être respecté par les usagers au sein de l'établissement. Les signes d'appartenance religieuse doivent être discrets et ne peuvent en aucun cas être utilisés à des fins de provocation, de prosélytisme ou de propagande. Aucun comportement portant entrave au bon fonctionnement du service public ne pourra être toléré.

Aux termes de la circulaire du 2 mars 2011 relative à la mise en œuvre de la loi n° 2010-1192 du 11 octobre 2010 interdisant la dissimulation du visage dans l'espace public, la dissimulation du visage d'une personne se trouvant dans l'EPS Erasme est interdite.

Article 35. Liberté religieuse

La liberté religieuse des patients est respectée au sein de l'EPS Erasme. Après demande auprès du personnel de santé, les patients sont autorisés à recevoir dans l'établissement les représentants du culte de leur choix (les coordonnées sont affichées dans les unités).

Titre 4 : Modalités relatives à la sortie

Chapitre 1 : Sorties définitives

Article 36. Sortie du patient en soins libres

Le patient peut quitter l'établissement en accord avec son médecin à tout moment.

Article 37. Sortie du patient en soins psychiatrique sans consentement

Concernant les autorisations de sortie temporaire des patients hospitalisés sans consentement, le médecin précise les conditions horaires et le périmètre géographique (à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement). Ces autorisations sont accordées, sur avis du médecin qui prend en charge le patient et, par le directeur ou le préfet en fonction du mode d'hospitalisation.

En cas d'autorisation de sortie non accompagnée de moins de 48 heures, le tiers signataire de la demande d'hospitalisation sera informé par un courrier précisant les jours et heures des sorties.

[Article 38. Sortie d'un patient mineur ou d'un majeur protégé](#)

Les responsables légaux sont informés par l'établissement de la sortie du mineur non émancipé de l'EPS Erasme

[Chapitre 2 : Sorties non autorisées](#)

[Article 39. Sortie contre avis médical](#)

Conformément à l'article 7 de la Charte de la personne hospitalisée, « la personne hospitalisée peut sauf exceptions prévues par la loi quitter à tout moment l'établissement après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.

Si le médecin s'oppose à la sortie du patient, une sortie contre avis médical sera effectuée ou une mesure d'hospitalisation sans consentement sera mise en place conformément à la loi.

[Article 40. Sortie sans autorisation](#)

Si un patient quitte l'EPS Erasme sans en informer expressément le personnel soignant, médical ou la direction, une déclaration de sortie sans autorisation médicale sera établie. La personne de confiance qu'il aura désignée ou la personne à prévenir sera tenue informée de sa sortie.

Si la disparition se révèle inquiétante, les forces de police ainsi que l'autorité judiciaire seront averties.

[Article 41. Sortie disciplinaire](#)

Si le patient, en pleine possession de ses moyens intellectuels et physique, adopte délibérément un comportement de nature à troubler l'ordre public au sein de l'établissement, le directeur de l'EPS Erasme, après avis médical, peut se réserver le droit de l'exclure.

[Titre 4 : Dispositions en cas de décès](#)

[Article 42. Constat du décès](#)

Il revient au médecin de constater le décès d'un patient et de rédiger le certificat de décès. La personne à prévenir ainsi que la personne de confiance sont informés au plus vite du décès du patient.

[Article 43. Notification du décès](#)

La notification du décès aux administrations intéressées est faite dans les plus brefs délais. Ainsi le décès d'un étranger dont la famille ne réside pas en France est notifié au consulat le plus proche, le décès d'un militaire est notifié à l'autorité militaire compétente, le décès d'un mineur placé sous l'autorité d'un service départemental d'aide sociale à l'enfance doit être notifié au président du conseil général.

[Article 44. Cas de mort violente ou suspecte](#)

Le directeur, sur avis médical, informe l'autorité judiciaire si des indices ou des signes induisent une présomption de mort violente ou suspecte.

[Article 45. Toilette mortuaire et inventaire post-décès](#)

L'EPS Erasme ne dispose pas en son sein de chambre mortuaire. Le transfert du corps vers une chambre mortuaire extérieure sera organisé à la suite de son décès à la suite de l'autorisation de l'officier d'état civil compétent.

Partie 2 : Organisation de l'EPS Erasme

Titre 1 : Les instances

Chapitre 1 : Conseil de surveillance, Directeur, Directoire

[Article 46. Le Conseil de surveillance](#)

Le Conseil de surveillance est composé de 15 membres à voix délibérative : cinq représentants des collectivités territoriales, cinq représentants des personnels médicaux et non médicaux de l'EPS Erasme, cinq représentants des personnalités qualifiées dont deux représentants des usagers.

Le Président du Conseil de surveillance est élu parmi les représentants des collectivités territoriales ou des personnalités qualifiées.

Le vice-président du Directoire, le Directeur Général de l'ARS, le Directeur de la caisse d'assurance maladie participent aux séances avec voix consultative.

Le conseil de surveillance se prononce sur les orientations stratégiques de l'établissement et exerce un contrôle permanent sur la gestion et la santé financière de l'établissement. Il délibère sur l'organisation générale interne de l'EPS Erasme, sur les coopérations entre établissements ainsi que sur les résultats de l'établissement. Il donne son avis sur la politique d'amélioration de la qualité, la sécurité des soins, la gestion des risques et les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Sur convocation de son président ou à la demande du tiers de ses membres, le conseil de surveillance se réunit au minimum quatre fois par an. L'ordre du jour doit être arrêté et communiqué aux membres au moins sept jours avant la réunion par le président. Les membres du conseil sont astreints à une obligation de confidentialité si les informations divulguées lors du conseil présentent un caractère confidentiel. Le mandat des membres est de cinq ans, leurs fonctions prennent fin en même temps que le mandat ou les fonctions auxquels ils ont été désignés.

Article 47. Le Directeur et le Directoire

Le directeur est nommé par arrêté du directeur général du Centre national de gestion sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du président du conseil de surveillance.

Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. En tant que chef d'établissement, il représente l'EPS Erasme dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement. Il est ordonnateur des dépenses et des recettes.

Le directeur participe aux séances du conseil de surveillance dont il exécute les délibérations. Le directeur définit conjointement avec le président de la Commission Médicale d'Etablissement l'organisation en pôle d'activité conformément au projet médical d'établissement. Le directeur propose, conformément à la proposition du chef de pôle et à l'avis du président de la commission médicale d'établissement, au directeur général du Centre national de gestion la nomination et la mise en affectation des personnels médicaux et pharmaceutiques.

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

Le directeur dispose d'un pouvoir de police général au sein de l'établissement.

Article 48. Le directoire

Le directeur est le président du directoire.

Le président de la commission médicale d'établissement est le vice-président du directoire.

Le directoire est composé de neuf membres comprenant des membres de droit et des membres nommés.

Le directoire est composé :

- du directeur d'établissement, président du directoire ;
- du président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire ;
- du président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.
- d'un membre désigné par le président de la commission de soins , de rééducation et médico-technique
- de 5 médecins nommés par le Directeur sur proposition du Président de la Commission médicale d'Etablissement

Un représentant des internes est invité à chaque directoire en qualité que personnalité qualifié

Les chefs de Pôles et directeurs adjoints sont invités permanent du Directoire.

Les autres membres, médecins et directeurs adjoints, sont nommés par le directeur, sur proposition du PCME pour les médecins.

Le directoire approuve le projet médical d'établissement que le directeur et le président de la commission médicale d'établissement ont établi, et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Les membres nommés du directoire ont un mandat de quatre ans qui prend fin lors de la nomination d'un nouveau directeur ou lorsque le titulaire quitte les fonctions au titre desquelles il était membre du directoire.

Le directoire se réunit une fois par mois, sur un ordre du jour déterminé.

Chapitre 2 : Organes représentatifs et expression des personnels

Article 49. La Commission Médicale d'Etablissement (CME)

Le président de la CME est élu par les membres de la commission. Il est le vice-président du directoire.

Il collabore avec le directeur pour établir la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ainsi que pour élaborer le projet médical d'établissement.

Il coordonne la politique médicale de l'établissement.

La commission médicale d'établissement est composée des représentants des personnels médicaux.

Elle comprend :

- Les quatre Chefs de pôle,
- Six titulaires et six suppléants représentant des responsables de structures internes, services ou unités fonctionnelles,
- Deux titulaires et deux suppléants représentant des praticiens hospitaliers titulaires,
- Deux titulaires et deux suppléants représentant des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels
- Un représentant des internes.

La commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration 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.

Elle propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Le programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge.

La commission est une instance consultative dont l'avis est sollicité pour l'adoption du projet d'établissement, du projet médical d'établissement, des programmes d'investissements sur les équipements médicaux, du plan de développement professionnel continu médical, des modalités de la politique d'intéressement.

La commission se prononce sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation en pôles de l'établissement.

Elle est régulièrement informée de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, du rapport annuel d'activité, des contrats de pôle, du projet de soins infirmiers, de la programmation de travaux.

La commission siège en formation plénière sauf lorsqu'elle examine les questions individuelles relatives au recrutement et à la carrière des personnels médicaux. Elle siège alors en formation restreinte.

La commission se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son président. Toutefois sur l'établissement la CME se réunit tous les mois (sauf période estivale).

Article 50. Le Comité Social d'Etablissement (CSE)

Le président du comité social d'établissement est le directeur de l'établissement.

Le comité social d'établissement comprend les représentants du personnel non médical de l'EPS Erasme ainsi qu'un représentant de la CME. Il est composé de dix membres titulaires et d'autant de suppléants représentant les personnels.

Le comité social d'établissement est un organisme consultatif.

Il est consulté sur le règlement intérieur, le plan de redressement, le plan global de financement pluriannuel, l'accessibilité des services, l'organisation interne, les projets de réorganisation des services, la gestion prévisionnelle des emplois et compétences, les projets de délibérations, les projets d'aménagement important et les modalités d'accueil et d'intégration des nouveaux professionnels.

Le comité est en outre régulièrement tenu informé de la situation budgétaire, du contrat pluriannuel d'objectif et de moyen.

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

Le comité se réunit sur convocation de son président qui en fixe l'ordre du jour au minimum une fois par trimestre.

Article 51. La formation spécialisée du comité en matière de santé, de sécurité et de condition de travail

La formation spécialisée du comité est présidée par le directeur ou son représentant ayant délégation. Elle est composée de 10 membres titulaires désignés parmi les membres du CSE et de 10 membres suppléants librement désignés par les représentants des personnels parmi les membres du personnel et d'un représentant désigné par la CME.

Des membres avec voix consultative assistent également aux séances dont le médecin du travail.

La formation spécialisée du comité sera consultée sur les règlements et consignes sur les questions relatives à la protection de la santé physique et mentale à l'hygiène, à la sécurité des salariés, à l'organisation du travail au télétravail, à l'amélioration. Il participe à l'amélioration des conditions de travail, Il sera également consulté sur la mise en œuvre des mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés sur travail ou des travailleurs handicapés

Un rapport annuel faisant le bilan de la situation de la santé, sécurité et conditions de travail ainsi que le programme annuel de prévention des risques professionnels lui seront soumis pour avis.

La formation spécialisée du comité dispose d'un droit d'alerte qu'il exerce en cas de constat d'un danger grave et imminent par l'un de ses membres. Le chef d'établissement doit en être immédiatement avisé.

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

La formation spécialisée se réunit quatre fois par an, une fois par trimestre. Il procède, à intervalles réguliers à des visites dans les services.

Ces deux instances (CSE et F3SCT) disposent d'un règlement intérieur.

Article 52. La Commission des Soins infirmiers, de Rééducation et Médicotechnique (CSIRMT)

La commission des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers.

La commission est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Les représentants sont répartis en trois groupes : le groupe des cadres de santé, comprenant trois collègues (filière infirmière, filière de rééducation, filière médico technique) ; le groupe des personnels infirmiers, de rééducation et médico techniques, comprenant également trois collègues ; le groupe des aides -soignants.

La commission est une instance consultative. Son avis est sollicité sur l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ; la recherche dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et l'évaluation des soins ; l'élaboration d'une politique de formation ; l'évaluation des pratiques professionnelles ; la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ; le projet d'établissement et l'organisation interne de l'établissement.

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

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

L'ordre du jour est établi par le bureau de la CSIRMT composé d'un représentant de chaque groupe

Article 53. Comités relatifs à la qualité et à la sécurité des soins

La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins menée par la CME concerne notamment :

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

Art 53-1 Le Comité de Lutte contre les Infections nosocomiales (CLIN) et Equipe **Opérationnelle d'Hygiène (EOH)**

Il est constitué au sein de l'établissement un Comité de Lutte contre Les Infections Nosocomiales (CLIN) et une Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) qui participent en lien avec la CME, à la définition d'une politique de prévention et de gestion du risque infectieux, à l'élaboration et la définition d'une politique de prévention et de gestion du risque infectieux, à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un programme d'actions de lutte contre les infections nosocomiales.

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales est une sous-commission de la CME qui en fixe la composition. Il réunit les acteurs principaux en matière d'hygiène et de lutte contre les infections : les prescripteurs, pharmacien, cadres de santé, infirmiers, médecin du travail, coordinateur de la gestion des risques.

L'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière est composée d'un praticien et d'un cadre de santé hygiéniste et de personnels paramédicaux.

Le comité élit son président et son vice-président.

Le CLIN ainsi que l'équipe opérationnelle d'hygiène sont chargés de mettre en place des actions de prévention et de surveillance des infections nosocomiales, ainsi que de la mise en œuvre du programme de lutte contre les infections nosocomiales. Pour cela le CLIN, en lien avec l'équipe opérationnelle d'hygiène et la commission médicale d'établissement, définit un programme d'actions tendant à assurer les missions suivantes :

1. La prévention des infections nosocomiales et du risque infectieux associés aux soins, notamment par l'élaboration et la mise en œuvre de recommandations de bonnes pratiques d'hygiène.
2. La surveillance des infections (BMR, nosocomiales) et de leur signalement.
3. La définition d'actions d'information et de formation de l'ensemble des professionnels de l'établissement en matière d'hygiène hospitalière et de la lutte contre le risque infectieux, dont les infections nosocomiales.
4. L'évaluation périodique des actions de la lutte et de la maîtrise du risque infectieux, et le suivi des résultats d'indicateurs obligatoires en matière de lutte contre le risque infectieux, dont les résultats sont utilisés pour l'élaboration des programmes ultérieurs d'actions.
5. Le bon usage des antibiotiques.

Le CLIN s'assure de la coordination et de la cohérence des actions menées au sein de l'établissement.

Le mandat des membres du CLIN est de quatre ans renouvelable. Le comité se réunit deux à trois fois par an.

Art 53-2 Le Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN)

Le CLAN élabore une politique nutritionnelle. Il propose des améliorations pour la prise en charge nutritionnelle des patients, il donne son avis sur les projets d'aménagement des circuits et des équipements et définit les actions prioritaires à mener.

Art 53-3 Le Comité de Lutte contre la douleur (CLUD)

Le comité de lutte contre la douleur participe en lien avec la CME à la promotion et à la mise en œuvre d'une politique de soins cohérente en matière de lutte contre la douleur.

Ses missions sont :

- De proposer pour améliorer la prise en charge de la douleur les orientations les mieux adaptées à la situation locale
- De participer à l'organisation de la prise en charge préventive, curative et palliative de la douleur somatique des patients, quels qu'en soient le type (aigu ou chronique) ou l'origine (maligne ou non)
- D'aider au développement de la formation continue des personnels médicaux et paramédicaux de l'établissement
- De susciter le développement de plans d'amélioration de la qualité pour l'évaluation et le traitement de la douleur.
- De participer à des actions d'évaluations de pratiques professionnelles concernant la prise en charge et l'évaluation de la prise en charge de la douleur.

Le CLUD se réunit deux à trois fois par an. Le représentant des usagers est invité à participer aux réunions.

Art 53-4 : Le Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS)

Le comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles est une sous-commission de la CME qui en fixe la composition. Il réunit les acteurs principaux du circuit du médicament : prescripteur, pharmacien, cadres de santé, infirmiers, responsable des vigilances et coordinateur, coordinateur de la gestion des risques. Il peut également entendre toute personne qualifiée, appartenant ou non à l'établissement, sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

Le comité élit en son sein, parmi les médecins et le pharmacien hospitalier, un président et un vice-président.

Le comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles en lien avec la CME participe par ses avis à la définition de la politique du médicament et les dispositifs médicaux stériles ainsi qu'à la lutte contre les affections iatrogènes à l'intérieur de l'établissement, dans l'objectif d'assurer la meilleure sécurité thérapeutique au patient. LE COMEDIMS a pour missions :

- D'élaborer la liste des médicaments et des dispositifs médicaux stériles référencés dans l'établissement
- De définir des objectifs de qualité et de gestion des risques pour la prise en charge médicamenteuse du patient et son éducation thérapeutique
- D'émettre des recommandations en matière de prescription et de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles, et de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse.
- D'informer, de sensibiliser les personnels médicaux et paramédicaux à la sécurisation du circuit du médicament.
- De mettre en place des enquêtes d'utilisation et un suivi des consommations des médicaments et des dispositifs médicaux stériles
- D'optimiser les dépenses en médicaments et en dispositifs médicaux stériles.

Le COMEDIMS s'assure de la coordination et de la cohérence des actions menées au sein de l'établissement pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse des patients.

La durée du mandat des membres du COMEDIMS est de quatre ans, renouvelable.
Le comité se réunit au moins trois fois par an. Le représentant des usagers est invité à participer aux réunions.

[Article 54. Les Commissions Administrative Paritaires \(CAP\)](#)

Le président du conseil de surveillance ou son représentant préside les commissions administratives paritaires locales.

Un représentant de l'administration, désigné par le chef d'établissement y siège.

Les commissions administratives paritaires locales ont compétence à l'égard des agents relevant de la fonction publique hospitalière.

Les commissions administratives paritaires comprennent, en nombre égal, des représentants de l'administration et des représentants du personnel. Elles sont composées de membres titulaires et suppléants.

Les CAPL sont obligatoirement consultées, sur les projets de décision individuelle concernant les fonctionnaires (décision liée à la carrière, au recrutement, au licenciement, au refus successif de demande de formation...).

Les CAPL sont consultées, à l'initiative de l'administration en formation disciplinaire, sur les projets de sanction disciplinaire à l'égard des fonctionnaires de l'EPS ERASME.

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

Les commissions se réunissent, sur convocation de leur président, sur un ordre du jour fixé en fonction de propositions émises par le directeur de l'établissement.

[Article 55. La commission consultative paritaire](#)

Une commission consultative paritaire est instaurée dans chaque département, ont compétence à l'égard des agents contractuels. Elle comprend, en nombre égal, des représentants de l'administration et des représentants du personnel. Elles sont composées de membres titulaires et suppléants.

La CCP est obligatoirement consultées, sur les projets de décision individuelle concernant les fonctionnaires (au licenciement, au refus successif de demande de formation...).

[Titre 2 : Organisation de la prise en charge des patients](#)

[Chapitre 1 : Organisation des activités cliniques](#)

[Article 56. Section 1 : Organisation en Pôles](#)

L'EPS Erasme est divisé en quatre pôles d'activité clinique, (trois pôles de psychiatrie adulte et d'un pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent) et un pôle ressource.

Les chefs de pôles, nommés par décision conjointe du directeur et du président de la CME, assurent la direction de leur pôle.

Le directeur et le président de la CME signent, avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et moyens du pôle. Le chef de pôle, en collaboration avec le conseil de pôle, met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle.

Chapitre 2 : Organisation médicale et paramédicale

Article 57. Obligation des professionnels

Tous les personnels de l'établissement ne sont pas autorisés à recevoir des pourboires ou des gratifications sous quelque forme que ce soit, ils sont tenus au secret professionnel et sont soumis à une obligation de réserve et de discrétion professionnelle.

Article 58. Article Organisation médicale

Les personnels médicaux doivent en outre participer au développement professionnel continu.

Le département d'information médicale est un service chargé de la gestion des données médicales au sein de l'établissement. A ce titre, il collecte, vérifie et traite des informations portant sur l'activité de soins dans le respect du secret médical. Il met en œuvre le traitement automatisé des données médicales à caractère personnel. Le DIM organise le fonctionnement des archives médicales.

Au titre de la mission de service public de permanence des soins, l'EPS Erasme assure les soins de manière continue à toute heure du jour et de la nuit, toute l'année, y compris les samedis après-midi, dimanches et jours fériés.

Une planification annuelle de la permanence des soins des médecins et pharmaciens est mise en place au sein de l'établissement.

Article 59. Organisation paramédicale

Le directeur des soins est en charge de la coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico techniques. Il est le coordonnateur général des soins. Il conçoit et met en place la politique des soins et des activités paramédicales, et il en dirige la mise en œuvre. Il veille à l'amélioration constante des soins dans le cadre de la qualité et de la sécurité des soins. Il encadre et manage l'encadrement supérieur et de proximité

Les PNM ont une obligation de se former en lien avec les décrets de chaque fonction

Partie 3 : Droits et obligations des personnels de l'EPS Erasme

Titre 1 : Droits des personnels

Chapitre 1 : Droits civiques

Article 60. Liberté d'opinion et d'expression

Dans le respect des obligations incombant aux agents publics que sont l'obligation d'obéissance, le devoir de neutralité et l'obligation de réserve, les agents de l'EPS Erasme jouissent de leur liberté d'opinion et d'expression au sein et en dehors de l'établissement.

Toutes les opinions politiques, syndicales, philosophiques et religieuses sont respectées.

Article 61. Egalité des sexes et principe de non-discrimination

Les agents de l'EPS Erasme sont traités de manière égalitaire et non discriminatoire, sans considération de sexe, d'origine, de handicap, ou d'appartenance syndicale, politique, religieuse ou philosophique. L'établissement assure à chacun le respect de la dignité et ne fait aucune discrimination. L'expression des idées de chacun doit se conformer aux principes de neutralité et de laïcité du service public. L'établissement s'est doté d'un plan d'égalité homme femme depuis 2021.

Chapitre 2 : Droits sociaux

Article 62. Carrière et évolution professionnelle

Les agents ont droit à une évaluation personnelle annuelle : à la suite d'un entretien individuel confidentiel, une appréciation générale est fixée conformément à la réglementation.

Conformément au statut de la fonction publique, les agents titulaires de l'EPS Erasme ont droit à une évolution de carrière en fonction de l'avancement d'échelon, de l'avancement de grade et du changement de corps.

Les agents contractuels de l'établissement pourront également bénéficier d'évolution de carrière.

Le développement professionnel continu a pour objectifs l'analyse des pratiques professionnelles, le maintien et l'actualisation des connaissances et compétences. Il constitue une obligation pour les professionnels de santé. Chaque professionnel de santé (médicaux et paramédicaux) doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de développement professionnel continu comportant des actions de formation, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques

Un plan de formation est élaboré chaque année lors de l'évaluation des personnels et en fonction du recueil de leurs souhaits et de leurs besoins de formations. Les demandes sont priorisées par

les cadres en fonction du projet médical d'établissement, du projet de soin et du projet d'établissement. Ces demandes sont synthétisées dans un document intitulé « plan de formation », présenté une fois par an au CTE pour recueillir son avis.

Les agents peuvent, après demande écrite, avoir accès à leur dossier individuel sur rendez-vous auprès de la direction des ressources humaines. Les agents ont la possibilité de faire des copies de leur dossier professionnel et des vérifications lors de la consultation. Un procès-verbal sera établi à l'issue de cette consultation.

Les fonctionnaires jouissent de la garantie d'accès aux différentes fonctions publiques. A ce titre ils bénéficient d'un droit de mobilité au sein de chacune d'entre elles.

Dans ce cadre, les postes vacants doivent être déclarés pour les offrir à mutation ou au détachement.

[Article 63. Expression syndicale](#)

Les agents publics de l'EPS Erasme peuvent exercer librement leur droit syndical. A ce titre, chaque agent peut s'adresser à l'organisation syndicale de son choix sans que cela ne puisse avoir de répercussion sur sa carrière.

Toutes les organisations syndicales représentatives peuvent se réunir. Les syndicats peuvent former des recours contre les dispositions réglementaires attentatoires aux intérêts collectifs des fonctionnaires et agents publics.

Dans les limites posées par l'exigence de continuité du service public hospitalier, les agents de l'EPS Erasme disposent du droit de grève. Le droit de grève est réalisé dans le respect strict des mentions légales.

Le directeur peut, afin d'assurer le service minimum obligatoire, assigner les agents. En cas de non-respect de l'assignation, les agents s'exposent à des sanctions disciplinaires.

[Article 64. Exercice professionnel](#)

Les agents de l'EPS Erasme disposent de droits à congés annuels, maladie, maternité, liés aux charges parentales, de formation professionnelle, de formation syndicale.

L'accord du cadre de proximité est toujours préalablement requis.

Des autorisations d'absence peuvent être octroyées aux personnels lors de la survenance de certains événements familiaux, de certaines obligations électives ou syndicales consultables dans le « Guide du temps de travail ».

Face à une situation de travail présentant un danger grave et imminent permettant raisonnablement de penser qu'un risque pour la vie ou la santé existe, l'agent peut se retirer sans qu'aucune sanction ou retenue de traitement ne puissent lui être opposées. Toutefois, la pénibilité ou les risques inhérents au travail lui-même ne constituent pas un motif suffisant pour justifier l'exercice du droit de retrait.

En aucun cas l'exercice du droit de retrait ne doit exposer autrui à une situation de risque grave et imminent.

La formation spécialisée doit être informée par le directeur de la situation ayant entraîné l'exercice du droit de retrait. L'agent ne peut être enjoint de retourner à son poste tant que la situation de danger grave et imminent persiste.

Droit à la protection fonctionnelle par l'établissement

La protection fonctionnelle est assurée à tout agent (titulaire et contractuel) de l'EPS Erasme sauf dans le cas où celui-ci commet une faute détachable du service. L'agent doit en faire une demande par écrit à son administration.

Titre 2 : Obligations des personnels

Chapitre 1 : Obligations à l'égard du patient

Article 65. Respect de la vie privée des patients

Les agents de l'EPS Erasme sont tenus de veiller au respect de la vie privée des patients. A ce titre les informations qui leurs parviennent concernant les visites, le courrier, les communications téléphoniques et électroniques, les entretiens privés ainsi que leur intimité sont confidentielles et ne peuvent être divulguées. Le droit à l'image des patients est garanti.

Article 66. Respect de la liberté de conscience et d'opinion des patients et des visiteurs

Les agents de l'EPS Erasme sont tenus de respecter la liberté de conscience et d'opinion des patients. Dans ce cadre, aucune propagande ou pression, quelle qu'en soit l'objet ne doit être exercée auprès des patients ou des visiteurs.

Article 67. Devoir d'information

Dans la limite du respect des obligations relatives au secret professionnel et à leurs attributions professionnelles, les agents de l'EPS Erasme sont tenus de satisfaire aux demandes d'information du patient et des visiteurs.

Chapitre 2 : Obligations déontologiques professionnelles

Article 68. Ponctualité et assiduité

Les agents de l'EPS Erasme sont tenus, dans le cadre de leur exercice professionnel, d'être assidus et de respecter la ponctualité conformément aux plannings déterminés afin de permettre le bon fonctionnement du service.

Article 69. Présentation soignée

Les agents de l'EPS Erasme doivent porter une tenue de travail adaptée à leur exercice professionnel. Les personnels doivent se conformer aux obligations vestimentaires correspondant à leur fonction et au public accueilli.

Pour des raisons d'hygiène et de sécurité, le port de bijoux, de piercings, de tatouages temporaires doit être adapté à l'activité développée. Ils pourront le cas échéant être interdits.

Afin de respecter l'obligation de neutralité incombant à tout service remplissant une mission de service public, le port de signes d'appartenance religieuse, politique ou idéologique distinctif est interdit.

[Article 70. Effets et biens personnels](#)

Les agents de l'EPS Erasme sont responsables de leurs effets et biens personnels. En aucun cas les vols ou pertes, notamment d'argent, ne peuvent être imputés à la responsabilité de l'établissement.

[Article 71. Permis de conduire](#)

Les agents de l'EPS Erasme qui, dans le cadre de leur mission, sont amenés à conduire un véhicule de l'établissement doivent tenir informé leur supérieur hiérarchique des éventuelles mesures de suspension ou d'annulation de permis de conduire auquel ils sont éventuellement soumis.

Lorsque, dans le cadre de son exercice professionnel, l'agent commet une infraction au code de la route sanctionnée d'un procès-verbal (stationnement, excès de vitesse), cela constitue une faute personnelle détachable du service. L'agent est alors tenu de s'acquitter de la contravention et en porte la responsabilité pénale. Le retrait de points du permis de conduire sera notamment à sa charge.

[Article 72. Secret et discrétion professionnels](#)

Les agents de l'EPS Erasme sont dans l'obligation de respecter le secret professionnel. Le secret professionnel couvre l'ensemble des connaissances vues, entendues, comprises ou confiées relatives à l'activité au sein de l'établissement. Ce secret est institué dans l'intérêt du patient et concerne tant les professionnels de santé que les personnes, salariées ou bénévoles, intervenant au sein de l'hôpital.

[Article 73. Photographie, enregistrement, vidéo](#)

Les personnels ne sont pas autorisés à filmer, photographier, enregistrer, divulguer des contenus sur les réseaux sociaux sauf accord des deux parties. Le cas échéant, des poursuites pourraient être engagées contre le contrevenant.

[Article 74. Signalement des événements indésirables](#)

Événement indésirable : situation qui s'écarte de procédures ou de résultats escomptés dans une situation habituelle et qui est ou qui serait potentiellement source de dommages. Il s'agit de

tout incident ou accident susceptible de porter préjudice, directement ou indirectement, aux personnes (patient, visiteur, personnel) ou à l'établissement.

Événement indésirable grave : tout événement indésirable à l'origine du décès, de la mise en jeu du pronostic vital immédiat, de la prolongation de l'hospitalisation, d'une incapacité ou d'un handicap (directive 2000/38/CE de la Commission européenne du 5 juin 2000).

On considère comme événement indésirable grave associé aux soins comme des événements défavorables pour le patient, ayant un caractère certain de gravité (à l'origine d'un séjour hospitalier ou de sa prolongation, d'une hospitalisation en réanimation, d'une incapacité, d'un risque vital ou d'un décès) et associés à des soins de prévention, de diagnostic ou de thérapeutique.

Conformément à la charte d'incitation au signalement des événements indésirables, il est de la responsabilité de chaque agent de communiquer spontanément et sans délai, toute information sur les événements indésirables, événements indésirables graves, qu'ils soient ou non associés aux soins, auprès de la Direction qualité, gestion des risques, évaluation et communication. Il en est de même pour tout événement indésirable lié à une vigilance sanitaire.

La direction s'engage à ce que l'établissement n'entame pas de procédure disciplinaire à l'encontre d'un agent qui aura spontanément et sans délai révélé un manquement aux règles de sécurité, un non-respect des bonnes pratiques dans lequel il est impliqué et dont l'établissement n'aurait pas eu connaissance autrement.

Toutefois ce principe ne peut s'appliquer en cas de manquement délibéré ou répété aux règles de sécurité ou aux bonnes pratiques.

[Article 75. Alcool sur le lieu de travail.](#)

Tout agent en situation d'ébriété ou sous l'emprise de produits stupéfiants doit être signalé à son supérieur hiérarchique.

Les agents sont responsables de leurs actes et doivent adopter une attitude compatible avec l'exercice de leur travail et de leur mission dans des conditions de sécurité. De ce fait, les boissons alcoolisées et les stupéfiants ne pourront être distribués et consommés dans l'enceinte de l'établissement.

[Article 76. Obligations relatives au service public](#)

L'EPS Erasme, en tant qu'établissement public de santé, participe à une mission de service public. A ce titre, l'établissement est tenu d'assurer un service minimum continu de ses activités. Le fonctionnement des services ne peut être interrompu, il est nécessaire que la sécurité physique des personnes, la continuité des soins, les prestations hôtelières à destination des patients ainsi que la conservation des installations et du matériel soient assurées.

Afin de remplir à ces obligations, le directeur ou son représentant peut assigner les agents.

[Article 77. Témoignage en justice ou auprès des autorités de police sur des faits intéressant le fonctionnement de l'établissement](#)

Tout agent, lorsqu'il est appelé à témoigner en justice ou auprès des autorités de police sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement de l'EPS Erasme doit en tenir informé son supérieur hiérarchique et le directeur avant et après avoir été auditionné.

Chapitre 3 Droits et Informatique

Article 78. Charte Informatique

L'établissement est doté d'une charte informatique annexée au présent règlement, tout agent doit s'y conformer.

Article 79. RGPD

L'établissement public de santé Erasme collecte et traite les données à caractère personnel des usagers et des professionnels dans le respect de la législation et de la réglementation en vigueur mais aussi du secret médical et professionnel.

Les données des professionnels susceptibles d'être collectées le sont dans le cadre d'un traitement Ressources Humaines.

Les données utiles au recrutement, à la gestion administrative et de la paye sont recueillies et traitées uniquement par les personnes habilitées de la direction des ressources humaines.

Le professionnel peut être invité à transmettre d'autres données à caractère personnel notamment utiles en cas d'urgence, faciliter les échanges avec son administration ou répondre à une obligation légale.

Les informations sont conservées suivant une durée variable, fonction de leur nature, en application de la circulaire AD 94-6 du 18 juillet 1994 relative au tri et conservation des archives des établissements publics de santé.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter notre Data Protection Officer (délégué à la protection des données) en joignant une pièce d'identité à votre demande.

Partie 4 : Hygiène et sécurité à l'EPS Erasme

Titre 1 : Règles de santé publique

Chacun est tenu d'observer une stricte hygiène corporelle au sein de l'EPS Erasme. A ce titre, les patients apportent leur nécessaire de toilette, leur linge et leurs effets personnels. Le nettoyage du linge des patients est pris en charge gracieusement par le service de blanchisserie de l'établissement.

Dans le cas où les effets du patient présenteraient un danger pour lui-même ou pour autrui, ceux-ci peuvent lui être retirés.

Article 80. Interdiction de fumer

Il est strictement interdit de fumer à l'intérieur de l'établissement. Les patients ou les personnels fumeurs ne peuvent le faire que dans les jardins ou les lieux extérieurs prévus à cet effet.

[Article 81. Interdiction d'introduire et de consommer des stupéfiants \(alcool, cannabis, drogues\)](#)

Il est strictement interdit d'introduire et de consommer des stupéfiants ou des matières illicites au sein de l'établissement. Les produits seront retirés et transmis pour destruction au commissaire de police.

[Article 82. Animaux domestiques](#)

Les animaux domestiques, à l'exception et dans le respect des règles d'hygiène, des chiens d'aveugles et des animaux nécessaires à des pratiques thérapeutiques, ne sont pas autorisés dans l'établissement.

[Article 83. Interdiction relative à la nourriture](#)

Il est strictement interdit de stocker des denrées périssables dans les chambres et les livraisons devront être limitées.

[Titre 2 : Règles relatives à la sécurité intérieure](#)

[Chapitre 1: Mesures générales d'ordre intérieur](#)

[Article 84. Accès à l'établissement](#)

Le directeur de l'EPS Erasme est le représentant de l'autorité de police au sein de l'EPS Erasme. A ce titre il dispose du pouvoir de police dans l'enceinte de l'établissement, il a notamment le pouvoir de règlementer les mesures relatives aux allées et venues. Ainsi, il organise les conditions matérielles d'accès au sein de l'EPS Erasme.

[Article 85. Matériel de sécurité générale et vidéosurveillance](#)

L'établissement est équipé sur certains de ces sites de matériel de télésurveillance, de vidéosurveillance, de contrôle d'accès informatisé, et de sécurité informatique mis en place doit se faire conformément aux règles procédurales en vigueur : les instances représentatives compétentes sont informées, une déclaration est faite à la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Le secret médical ainsi que le droit à la vie privée sont toujours préservés.

[Article 86. Calme et tranquillité au sein de l'établissement](#)

L'EPS Erasme est un lieu de soin au sein duquel le calme et la tranquillité doivent être respectés. Les usagers ainsi que le personnel sont tenus d'adopter une tenue et un comportement conformes à cette disposition. En cas de non-respect, la personne responsable du trouble sera priée de sortir de l'établissement.

Par ailleurs toutes incivilités (insultes, menaces,...) sont passibles de poursuite.

[Article 87. Dégradation de biens](#)

Tout usager de l'EPS Erasme qui, agissant de manière délibérée, causerait des dégradations matérielles est dans l'obligation de réparer les dégâts causés. Les responsables légaux des patients incapables juridiquement (mineurs et majeurs incapables) verront leur responsabilité solidairement actionnée. L'assurance de responsabilité civile de l'usager pourra être actionnée pour rembourser les réparations.

[Article 88. Détention d'armes et de produits dangereux](#)

Il est strictement interdit de détenir des armes ou des produits dangereux au sein de l'EPS Erasme. Les produits correspondants seront retirés et remis aux autorités de police.

[Article 89. Astreinte technique](#)

Une garde technique est organisée par le directeur afin de répondre en permanence aux besoins d'interventions techniques d'urgence nécessaires au bon fonctionnement de l'EPS Erasme.

[Chapitre 2 : Mesures exceptionnelles répondant à une situation d'urgence](#)

[Article 90. Plan Blanc](#)

Un dispositif de crise, dénommé « Plan Blanc d'établissement », est établi au sein de l'EPS Erasme. Cette procédure permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux des patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle. Des réquisitions peuvent être prononcées par le directeur en cas de déclenchement du plan blanc.

[Chapitre 3 : Mesures relatives à la circulation et au stationnement](#)

[Article 91. Accès et stationnement](#)

Les voies de circulation au sein de l'EPS Erasme appartiennent au domaine public de l'établissement. La circulation y est réservée aux personnels et usagers de l'hôpital.

[Article 92. Règles de circulation](#)

La circulation au sein de l'EPS Erasme obéit strictement aux règles du Code de la route. La vitesse est limitée à 30 km/heure. Les conducteurs sont tenus d'adopter une conduite adaptée à l'environnement, ils doivent notamment éviter les nuisances sonores.

En aucun cas l'établissement ne pourrait être tenu responsable d'un accident de circulation, d'un vol de véhicule ou d'une dégradation au sein de l'EPS.

[Article 93. Poursuites](#)

Dans le cas où un véhicule en stationnement entraverait la circulation des personnes ou des biens et contreviendrait au bon fonctionnement du service, l'EPS Erasme se réserve le droit de prendre toutes les mesures nécessaires afin de remédier à la situation de gêne.

Chapitre 4 : Relations avec les services extérieurs

Article 94. Rapports avec l'autorité judiciaire

En cas de crime ou délit commis au sein de l'EPS Erasme, le directeur ou son représentant en informe immédiatement le Procureur de la République. En cas de mort violente ou suspecte, le directeur avise l'officier de police judiciaire territorialement compétent.

Les agents publics sont tenus de coopérer avec le directeur dans ces procédures, sous réserve du respect du secret médical.

Article 95. Rapport avec l'autorité de police

Le directeur ou son représentant est le seul compétent pour demander une intervention de police au sein de l'EPS Erasme. Lorsqu'une situation nécessite l'intervention de l'autorité de police, le personnel ou les usagers en avise le service de sécurité qui prévient le directeur ou son représentant, l'administrateur de garde ou le cadre de santé de garde conformément à la convention liant les deux structures.

Article 96. Rapports avec les médias

Les journalistes ne peuvent pénétrer dans l'enceinte de l'établissement sans l'autorisation expresse du directeur. Les photos et reportages ne peuvent se faire qu'avec accord écrit des patients concernés.

Partie 5 : Règles relatives au règlement intérieur

Article 97. Approbation du règlement intérieur

Le conseil de surveillance arrête le présent règlement intérieur, après avis du comité social d'établissement et de la commission médicale d'établissement.

Article 98. Communication du règlement intérieur

Le règlement intérieur est mis à disposition de toute personne intéressée, personnel comme usager de l'établissement. Le règlement est disponible auprès de la direction générale ainsi que des pôles et unités fonctionnelles de l'établissement. Le règlement intérieur est disponible sur l'intranet et le site internet.

Article 99. Modifications du règlement intérieur

Le règlement intérieur est mis à jour conformément aux modifications législatives applicables. Toute modification doit être approuvée par délibération du conseil de surveillance.

- Charte du patient hospitalisé



Usagers, vos droits

Charte de la personne hospitalisée

Principes généraux*

circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée



1

Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.



2

Les établissements de santé garantissent **la qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.



3

L'**information** donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.



4

Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec **le consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.



5

Un **consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.



6

Une personne à qui il est proposé de participer à **une recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.



7

La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.



8

La **personne hospitalisée est traitée avec égards**. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.



9

Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.



10

La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'**un accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.



11

La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet :
www.sante.gouv.fr

Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

Artoris/Inra et DDC6 - Direction de l'évaluation et de l'organisation des soins - Christian Givéon de la santé 2006 Avril 2006

CHARTRE de l'USAGER en SANTÉ MENTALE

Une personne à part entière

L'usager en santé mentale est une personne qui doit être traitée avec le respect et la sollicitude dus à la dignité de la personne humaine. + C'est une personne qui a le droit au respect de son intimité (effets personnels, courrier, soins, toilette, espace personnel, etc.), de sa vie privée, ainsi qu'à la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales la concernant. + Le secret professionnel lui est garanti par des moyens mis en œuvre à cet effet. + Tout ce que le malade a dit au psychiatre et tout ce que celui-ci a remarqué pendant son examen ou le traitement, doit être couvert par le secret, à moins qu'il apparaisse nécessaire de rompre le secret pour éviter des dommages graves au malade lui-même ou à des tiers. Dans ce cas toutefois, le malade doit être informé de la rupture du secret. + C'est une personne qui ne doit pas être infantilisée ou considérée comme handicapée physique ou mentale. + C'est une personne dont on doit respecter les croyances et qui peut faire appel au ministre du culte de son choix.

Une personne qui souffre

L'usager en santé mentale est une personne qui ne se réduit pas à une maladie, mais souffre d'une maladie. + Cette maladie n'est pas une maladie humaine mais une maladie qui se soigne et se vit. + La prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des usagers en santé mentale doit être une préoccupation constante de tous les intervenants. + Le psychiatre doit proposer aux usagers la meilleure thérapeutique existant à sa connaissance. + Les professionnels de santé mentale doivent travailler en réseau afin d'échanger les informations utiles concernant l'usager et d'optimiser ainsi la prise en charge médicale et sociale. Sera notamment assurée une bonne coordination psychiatre-médecin généraliste (le lien psychiatre-médecin de famille est en effet l'un des maillons essentiels d'une prise en charge de qualité au plus près du lieu de vie du patient). Ce nécessaire travail en réseau doit être particulièrement vigilant au respect du secret professionnel. + Compte tenu des liens organiques entre sanitaire et social dans le domaine de la santé mentale, les projets élaborés au bénéfice des usagers ne doivent pas partir de divisions artificielles des champs d'intervention. + L'accessibilité aux soins doit être assurée et l'usager doit être accueilli chaleureusement dans des délais raisonnables et dans des locaux aménagés pour son bien-être. + En cas d'hospitalisation, l'usager dispose de ses effets personnels durant son séjour sauf si des raisons de sécurité s'y opposent. + Il doit lui être remis un livret d'accueil exposant les informations pratiques concernant son séjour et le lieu de son hospitalisation, et l'informant de ses droits et de ses devoirs. + Les communications téléphoniques, les visites et les sorties dans l'enceinte de l'établissement feront l'objet d'un contrat qui sera discuté régulièrement entre le patient et le médecin, et devront se faire dans le respect de l'intimité des autres patients. + Une attention particulière sera accordée à l'organisation de soins de qualité lorsqu'ils sont nécessaires après une hospitalisation.

Une personne informée de façon adaptée, claire et loyale

L'usager a le droit au libre choix de son praticien et de son établissement, principe fondamental dans notre législation sanitaire de libre engagement réciproque dans une relation contractuelle, hors le cas d'urgence et celui où le médecin manquerait à ses devoirs d'humanité (Article L.1111-1 du code de la santé publique et Article 47 du code de déontologie médicale). + Il est informé de la fonction, de l'identité des personnes intervenant auprès de lui, et de l'organisation du dispositif de soins (structures du secteur et intersectorielles, etc.). + Toute personne peut avoir accès aux informations contenues dans ses dossiers médicaux et administratifs, selon les modalités définies par la loi. + Le secret médical ne peut s'exercer à l'égard du patient ; le médecin doit donner une information simple, loyale, intelligible et accessible sur l'état de santé, les soins proposés (notamment sur les effets dits « secondaires » du traitement appliqué), et sur les éventuelles alternatives thérapeutiques. Hors situation d'urgence, tout usager peut estimer ne pas être suffisamment informé, solliciter un délai de réflexion ou l'obtention d'un autre avis médical. + Préalablement à la recherche biomédicale, son consentement libre, éclairé et exprès doit être recueilli dans le strict respect de la loi. + Les patients donnent leur consentement préalable s'ils sont amenés à faire l'objet d'actions de formation (initiale et continue) du personnel soignant. Il ne peut être passé outre à un refus du patient. + Les mineurs sont informés en fonction de leur âge et de leurs facultés de compréhension dans la mesure du possible et indépendamment de l'indispensable information de leurs représentants légaux. + Avec l'accord préalable du patient si son état de santé le permet, et si possible en présence de celui-ci, les proches doivent pouvoir disposer d'un temps suffisant pour avoir un dialogue avec le médecin responsable et les soignants. + L'usager a la possibilité de rencontrer une assistante sociale. + Si une hospitalisation s'avère nécessaire, les patients reçoivent aussitôt une information claire et adaptée sur les modalités de cette hospitalisation et les voies de recours. Cette information qui risque d'être mal comprise en raison de la gravité du tableau clinique initial, sera reprise ultérieurement autant que nécessaire. + L'usager reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions d'accueil et de séjour.

Une personne qui participe activement aux décisions la concernant

La participation active de l'usager à toute décision la concernant doit toujours être sollicitée en le restaurant au centre de la démarche de soins dans un processus continu d'adhésion. + Hors les cas d'hospitalisation sous contrainte définis par la loi, un patient hospitalisé peut, à tout moment, quitter l'établissement après avoir été informé des risques possibles pour son état et après avoir signé une décharge. + Aucune démarche ne doit être engagée et aucun traitement ne doit être donné contre sa volonté, à moins que, en

raison de sa maladie mentale, il ne puisse porter un jugement sur ce qui est son intérêt, ou à moins que l'absence de traitement puisse avoir des conséquences graves pour lui ou pour des tiers. + Le patient ne peut être retenu dans l'établissement, hormis les cas de la législation où son état nécessite des soins sans son consentement. Il doit alors être informé de sa situation juridique et de ses droits. + Compte tenu des enjeux liés (particulièrement en santé mentale) d'efficacité et d'adhésion au traitement, même dans ce cas où son état nécessite des soins sans son consentement, sera néanmoins toujours recherché le plus haut degré d'information et de participation à tout ce qui le concerne dans ses soins ou sa vie quotidienne. + Toutefois, la construction d'une véritable alliance thérapeutique ne peut être confondue avec une simple transparence thérapeutique. + Dès que disparaissent les circonstances qui ont rendu nécessaire l'hospitalisation de l'usager contre sa volonté, le psychiatre doit interrompre les mesures appliquées contre cette volonté. + Le mineur ne pouvant prendre de décisions graves le concernant, il revient aux détenteurs de l'autorité parentale d'exprimer leur consentement. Toutefois, lorsque la santé d'un mineur risque d'être compromise par le refus du représentant légal ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le praticien peut saisir le Procureur de la République afin de pouvoir donner les soins qui s'imposent. On sera néanmoins attentif à ce que ces mesures ne puissent en aucun cas être prolongées au-delà de ce qui est médicalement indiqué. Si l'avis du mineur peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible. + Le médecin doit tenir compte de l'avis de l'incapable majeur et de ses représentants légaux.

Une personne responsable qui peut s'estimer lésée

Indépendamment d'observations exprimées dans le cadre de questionnaires évaluatifs de satisfaction (remis avec le livret d'accueil à chaque patient), l'usager ou ses ayants droit peuvent faire part directement au directeur de l'établissement de leurs avis, de leurs vœux ou de leurs doléances. + S'ils souhaitent se plaindre d'un dysfonctionnement ou s'ils estiment avoir subi un préjudice, ils peuvent saisir le directeur de l'hôpital, les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques, les commissions locales de conciliation chargées de les assister et de les orienter en leur indiquant les voies de conciliation et de recours dont ils disposent (dans des délais suffisamment rapides pour ne pas les pénaliser).

Une personne dont l'environnement socio-familial et professionnel est pris en compte

Les actions menées auprès des usagers visent à s'inscrire dans une politique visant à véhiculer une image moins dévalorisante de la maladie mentale afin de favoriser leur insertion en milieu socio-professionnel où ils sont encore trop souvent victimes de discrimination. + Les équipes soignantes ont le souci tout au long du traitement, de mobiliser le patient de façon positive autour de ses capacités, compétences, savoir-faire pour les exploiter afin qu'il puisse se reconstruire, en favorisant une réinsertion sociale par ailleurs. Chaque étape sera discutée avec le patient, pour respecter ainsi le rythme de chacun. + Dans le strict respect de l'accord du patient, la famille peut être associée au projet thérapeutique, informée de la maladie afin d'adopter l'attitude la plus juste et être soutenue dans ses difficultés.

Une personne qui sort de son isolement

Le patient doit recevoir une information sur les associations d'usagers qu'il peut contacter, et qui ont pour fonction de créer une chaîne de solidarité ; lieux d'information, d'écoute, de rencontre, d'échange, de convivialité et de réconfort, qui pourront l'aider à tisser des liens sociaux en bonne coordination avec les professionnels des champs sanitaire et social.

Une personne citoyenne, actrice à part entière de la politique de santé, et dont la parole influence l'évolution des dispositifs de soins et de prévention

La satisfaction de l'usager en santé mentale doit être régulièrement évaluée par des enquêtes portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour, enquêtes qui servent de base à l'amélioration de la qualité de l'information et des soins. + Dans le cadre d'un dialogue dont le développement s'avère particulièrement fécond, les usagers apportent à travers leur expérience, leur contribution à la réflexion et aux décisions des instances concernant la santé mentale, par leur participation active à chacun des niveaux de leur élaboration. Au niveau local : Conseil d'administration, Commission de conciliation, CLIN, CDHP, conseil de secteur, groupes de travail (notamment ceux en lien avec la démarche qualité et l'accréditation des établissements, etc.) ; au niveau régional : Conférence régionale de santé, SROSS et Carte sanitaire, groupes de travail mis en place par l'ARH et la DRASS ainsi qu'au niveau national par la Conférence nationale de Santé. + Dans une démarche d'amélioration constante de la qualité de l'information, de l'accueil, des soins et de la prévention, les professionnels facilitent les conditions de la mise en place de la représentation des usagers, en soutenant leurs initiatives de création d'associations qui leur permettent de sortir de leur isolement et d'exprimer leurs besoins, avis et propositions aux personnels et aux décideurs du système de santé. Dans la marche vivifiante d'une véritable démocratie sanitaire, les usagers en santé mentale apportent ainsi par leur participation active et avérée, une contribution citoyenne décisive pour une évolution positive à visée humaine des dispositifs de soins et de prévention de notre pays.

Cette charte rédigée par la Fédération Nationale des Associations d'Usagers en Psychiatrie et la Conférence Nationale des Présidents des Commissions Médicales d'Établissements des Centres Hospitaliers Spécialisés a été signée à Paris le 8 décembre 2000 en présence de :

Madame Dominique GILLOT Secrétaire d'État à la Santé et aux Handicaps

Dominique Gillet

Madame Claude FINKELSTEIN
Présidente de la FNAP PSY

Monsieur Jacques LOMBARD
Président d'honneur de la FNAP PSY

Docteur Alain FIDOLLE
Président de la Conférence

Docteur Yann HALIMI
Vice-Président de la Conférence
chargé des relations avec les usagers et la famille

Claude Finkelstein

Jacques Lombard

Alain Fidolle

Yann Halimi



ERASME
ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE

CHARTE DE LA BIENTRAITANCE

Valeur forte de l'établissement, la bientraitance implique **la réciprocité** et **l'engagement** de tous : équipes médicales et paramédicales, patients, familles et entourages, bénévoles et associations.



Suivez-nous sur les réseaux sociaux



EPS Erasme



@EPS_Erasme



Valeur forte de l'établissement, la bienveillance implique la **réciprocité** et **l'engagement** de tous : équipes médicales et paramédicales, patients, familles et entourages, bénévoles et associations.

Adopter en toutes circonstances une attitude professionnelle d'écoute et de discernement dans la relation avec chaque enfant et chaque adulte.

Informer le patient et son entourage d'une manière accessible, individuelle et loyale tout au long de la prise en charge.

Impliquer le patient dans son projet de soins en respectant sa liberté de choix et de décision.

Respecter la dignité et l'intimité du patient ainsi que ses droits.

Veiller au respect de la confidentialité des informations relatives à la personne.

Identifier et prendre soin des souffrances physiques, psychiques et morales, aiguës et chroniques.

Œuvrer au soutien et à l'accompagnement du patient et de ses proches à toutes les étapes de la prise en charge.

Proposer des prestations de qualité en matière d'accueil, d'hôtellerie et d'hygiène.

Assurer une qualité des soins et une prise en charge globale conformes aux recommandations et aux bonnes pratiques.

S'appuyer sur l'évaluation de la satisfaction et des propositions des patients et de leur entourage pour améliorer la qualité de la prise en charge.

PROJET DE GOUVERNANCE



Charte d'accès au système informatique

Codification :
PROC/GHT/SI/002
Version : 1
Application : 29/03/2021
Pages : 42/49

REDACTION

Antoine THOMASSET
Matthieu BELLAIZE
Bruno SANCHEZ

VERIFICATION

Célestin KABANDA

APPROBATION

Daniel CHICHE

OBJET

La charte informatique précise les règles d'accès et d'usage du système d'information, afin de garantir sa sécurité et sa disponibilité et de préserver son intégrité.

DOCUMENTS ASSOCIES

Politique de Sécurité du Système d'Information du GHT

REFERENCES

Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978
Loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires (loi dite Le Pors)
Loi du 30 septembre 1986, telle que modifiée par la loi du 1er août 2000 qui définit « la correspondance privée » ainsi que les règles applicables aux « services en ligne »
Loi du 10 juillet 1991 relative au secret des correspondances émises par la voie des télécommunications
Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés
Loi sur le secret professionnel (article 226-13 du code pénal)
Article L1110-4 du code de la santé publique
Code Civil, Article 9 (portant sur le respect de la vie privée)
Code de la Propriété Intellectuelle notamment les articles L111-5, L112-2, L121-7, L122-6, L131-4 ...)
Dispositions du Code Pénal notamment les articles 226-16 et 226-25 sur l'atteinte des droits des personnes, et les articles 323-1 et 322-5 sur les atteintes aux systèmes informatiques.
Loi n°2016-41 du 26 Janvier sur la Modernisation du Système de Santé
Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé (PGSSI-S) (ASIP Santé)
Norme Iso 27001 relative aux systèmes de management de la sécurité de l'information

DIFFUSION

Lieux de diffusion :

Gestion documentaire GHT

Diffusion pour application :

Professionnels du GHT

Diffusion pour information :

MISE A JOUR

Version 1 : Création

DATE LIMITE DE VALIDITE DU DOCUMENT

26/03/2026

1. Objet du document

Le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Psy Sud Paris met à la disposition de ses utilisateurs des équipements informatiques (serveurs, PC, ordinateurs portables, logiciels...), des moyens de communication (réseau interne, liaisons avec des sites distants, Wifi, messagerie, accès Internet...), ainsi que des données et informations qui sont nécessaires à l'accomplissement de leurs missions.

La charte informatique précise les règles d'accès et d'usage du système d'information, afin de garantir sa sécurité et sa disponibilité et de préserver son intégrité. Cette charte définit en particulier les règles d'utilisation des logiciels mis à disposition à des fins professionnelles et les dispositifs mis en œuvre en termes d'authentification et d'autorisation.

Elle est communiquée lors de l'embauche à chaque professionnel. Un accusé de réception de celle-ci est conservé dans le dossier de l'agent.

2. Application de la charte

Chaque utilisateur doit être conscient que l'utilisation d'outils informatiques s'accompagne de mesures qui visent à réduire l'apparition des failles inhérentes aux nouvelles technologies de l'information et de communication. Il doit être conscient que l'usage des ressources qui lui sont confiées pour assurer sa mission obéit à des règles qui s'inscrivent dans le respect de la loi, du bon usage, du règlement intérieur, de la sécurité et de la confidentialité des informations.

Ainsi, tout utilisateur régulier ou occasionnel, personnel médical ou personnel non médical du GHT, quel que soit son statut (titulaire, contractuel, intérimaire, stagiaire, étudiant, prestataire, vacataire, consultant ...) et quel que soit le lieu d'utilisation (site de Villejuif, site de Clamart, site d'Antony, site de Gentilly, l'ensemble des sites extrahospitaliers (CATTP, CMP, SAU ...), domicile dans le cadre du télétravail, nomade avec l'usage d'une connexion 4G (téléphone et ordinateur portables)) est soumis à la présente Charte.

3. Identifiant, mot de passe et sécurité

L'autorisation d'utilisation du système d'information, des équipements informatiques et des moyens de communication se concrétise par l'attribution individuelle d'un compte utilisateur caractérisé par un identifiant et un mot de passe. Le paramétrage du compte détermine les habilitations d'utilisation des ressources informatiques (logiciels, accès Internet, messagerie). Ce compte est paramétré par les administrateurs du service informatique du GHT sous la responsabilité du directeur de l'établissement support.

D'une manière similaire au compte d'accès au système d'information, les utilisateurs peuvent disposer des comptes nominatifs caractérisés par un identifiant et un mot de passe permettant d'accéder aux applications de l'établissement (CPage, DxCare...). Le directeur délègue le paramétrage de ces comptes aux référents applicatifs en fonction de leurs domaines de compétence et au médecin responsable du DIM pour les accès aux données médicales, aux informations de santé à caractère personnel et pour la gestion des accès au dossier patient informatisé.

L'identifiant et le mot de passe sont incessibles et temporaires (liés à la durée de vie du compte). L'utilisateur est personnellement responsable de l'utilisation qui peut en être faite et ne doit en aucun cas les communiquer. Il doit veiller à ne jamais quitter un ordinateur sans

avoir fermé sa session ou l'application utilisée. Toute opération illicite détectée sur son compte alors qu'il aurait dû se déconnecter peut lui être imputée.

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

4. Responsabilités et engagements de l'utilisateur

4.1. Règles d'usage professionnel

Tout utilisateur s'engage à n'utiliser les moyens informatiques mis à sa disposition que dans le cadre exclusif de son activité au sein du GHT et donc à titre professionnel. Il est responsable de l'utilisation qu'il fait des ressources informatiques mises à sa disposition. En s'engageant formellement à son respect, il participe aux dispositions nécessaires de protection des données et des moyens mis en place par le GHT.

Il est tenu à l'obligation de discrétion professionnelle pour les données et informations auxquelles il a accès dans le cadre de ses activités professionnelles et veille au strict respect du secret médical et à la déontologie médicale, soignante et hospitalière en général.

Chaque détenteur d'un compte (identifiant et mot de passe) s'engage à :

- Ne pas communiquer ses identifiants de connexion
- Ne pas altérer, modifier, détruire des données ou accéder à des informations appartenant à d'autres utilisateurs du réseau sans leur autorisation
- Informer immédiatement les administrateurs du service informatique du GHT en cas de perte, de tentative de violation ou d'anomalie relative à une utilisation de ses codes d'accès personnels

L'utilisateur s'engage au respect des lois et des règles, notamment celles relatives :

- à la protection de la vie privée et de l'intégrité morale des individus
- au respect de la propriété littéraire et artistique
- à l'interdiction d'envoi ou de transfert de messages de nature diffamatoire, injurieux, discriminatoire, politique, religieux, d'incitation à la violence, d'atteinte à la dignité humaine, à caractère raciste, xénophobe, négationniste, pornographique, etc...
- à la confidentialité des données nominatives : la constitution de fichiers informatiques comportant des données nominatives (textes, images, sons, vidéo ...) étant régie par les dispositions de la loi Informatique et Libertés, est soumise à autorisation préalable du directeur. Compte tenu de l'aspect public d'Internet, le transfert de données nominatives vers l'extérieur est strictement interdit.

Il s'engage à ne pas perturber volontairement le fonctionnement des systèmes d'information du GHT et notamment à :

- Ne pas interrompre le fonctionnement normal du réseau ou d'un des systèmes connectés
- Ne pas utiliser de liste de diffusion pour l'envoi de message sauf s'il y est autorisé
- ne pas se connecter à des services consommateurs de ressource réseau tels que des sites de dialogue en direct (tel que MSN), des réseaux sociaux (tels que Facebook ou Twitter) et des sites de partages de photos et de vidéos (tels que Dailymotion, Youtube...)
- ne pas utiliser de l'espace disque avec des fichiers sans relation avec son activité
- ne pas désactiver l'antivirus du poste de travail
- ne pas introduire des programmes virus

- ne pas développer, installer ou copier des programmes destinés à contourner la sécurité, ou saturer les ressources
- ne pas modifier les configurations des matériels, ni de les déplacer
- ne pas installer ou désinstaller de logiciels sur ces matériels
- ne pas connecter des matériels n'appartenant pas au GHT sans avoir reçu l'autorisation du service informatique.

4.2. Règles d'usage de la messagerie professionnelle

Chaque détenteur d'un compte de messagerie s'engage à :

- consulter régulièrement sa boîte de messagerie
- n'utiliser la messagerie que pour la rédaction de message porteur d'informations professionnelles pertinentes afin d'éviter la surcharge des boîtes aux lettres
- s'interroger sur les destinataires du message
- n'utiliser la fonction « Répondre à tous » que dans les cas réellement nécessaires
- utiliser avec modération la fonction « copie cachée » (uniquement en cas d'envoi à destinataire dont l'adresse mail ne doit pas être divulguée ou en cas de message adressé à un grand nombre de destinataires qui ne doivent pas avoir la possibilité d'utiliser la fonction « répondre à tous »)
- s'interroger sur le moment opportun d'envoyer le message : la mise à disposition de chaque utilisateur d'une possibilité d'accès à sa messagerie professionnelle à distance ne doit pas conduire à multiplier les messages en dehors des heures ou jours d'ouverture des services.
- à utiliser la fonction « gestionnaire d'absence » en cas d'absence prolongée
- à bien spécifier l'objet du message
- à ne pas abuser des pièces jointes et à veiller à leur taille

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

Les mails et leurs pièces jointes sont un des principaux vecteurs d'attaques et de transmission de virus informatiques. Un mail malveillant peut affecter le poste utilisé pour le consulter mais également l'ensemble du système d'information auquel ce poste est connecté. Pour éviter ces attaques, tout utilisateur s'engage à prendre les précautions suivantes :

- l'identité d'un expéditeur n'étant en rien garantie, s'assurer de la cohérence entre l'expéditeur présumé et le contenu du message
- ne pas ouvrir des pièces jointes provenant de destinataires inconnus ou dont le titre ou le format paraissent incohérents
- ne pas répondre à une demande d'informations personnelles ou confidentielles (code confidentiel, numéro de carte bancaire ...)

4.3. Utilisation à des fins personnelles de la messagerie

Un usage raisonnable de la messagerie mise en place par le GHT Psy Sud Paris, dans le cadre des nécessités de la vie courante et familiale, est toléré, à condition que cela n'affecte pas le trafic normal des messages professionnels.

4.4. Règles d'usage d'Internet

Seuls ont vocation à être consultés les sites Internet présentant un lien direct et nécessaire avec l'activité professionnelle et dont la connexion est rendue possible par le service informatique. Une consultation ponctuelle, pour un motif personnel, est tolérée pour peu que le contenu ne soit pas contraire à l'ordre public et aux bonnes mœurs et ne met pas en cause l'intérêt et la réputation du GHT Psy Sud Paris dans la mesure où la plupart des sites gardent une trace des passages et notamment de l'identifiant et de l'origine du visiteur.

4.5. Devoir d'alerte

Tout professionnel s'engage à informer et transmettre au service informatique tous mails qu'il a jugés suspects.

4.6. Dérogations

En cas de besoin particulier lié aux activités thérapeutiques, une demande doit être adressée au Directeur du Système d'Information.

5. RESPONSABILITES DU GHT

En matière d'administration et de gestion de l'ensemble des équipements informatiques et des moyens de communication, le GHT est représenté par les administrateurs système de la DSI. En vue d'assurer le bon fonctionnement, la sécurité et la qualité de service des systèmes informatiques, le GHT met en place des moyens de contrôle permettant un accès aux informations relatives aux utilisateurs (fichiers, courriers électroniques, connexions à Internet...), y compris celles qui sont enregistrées sur le disque dur de chaque poste de travail. Ces moyens ne sont accessibles qu'aux administrateurs système de la DSI, tenus au secret professionnel.

Les administrateurs du système peuvent être amenés, à tout moment et sur ordre de leur hiérarchie, à examiner le contenu de fichiers ou de boîtes aux lettres des utilisateurs, de façon à déterminer, en cas de suspicion, si un utilisateur contrevient aux règles définies dans cette présente Charte.

Les administrateurs du système sont soumis au secret professionnel les empêchant de leur propre initiative de procéder à une quelconque divulgation des données couvertes par le secret des correspondances ou qui relèvent de la vie privée qu'ils auraient pu connaître dans le cadre de leurs fonctions techniques. Ils ne pourront transmettre des informations que sur ordre hiérarchique et à destination du seul Directeur et du Directeur des Ressources Humaines.

En aucun cas, les personnels du service informatique n'auront accès au contenu des correspondances transmises par messagerie électronique.

Le Service Informatique du GHT s'engage à détruire les informations, fichiers, correspondances associés à un compte au moment du départ d'un utilisateur.

6. LES CONTRÔLES ASSURÉS PAR LE GHT

Le GHT Psy Sud Paris dispose :

- d'outils de contrôle de stockage et d'archivage des données et messages
- des moyens de réinitialisation des mots de passe

- d'un système d'enregistrement journalier des connexions, destiné à identifier toutes les connexions ou tentatives de connexion, avec conservation des données
- d'une traçabilité des actions (consultation, création, modification, suppression) dans les applications métiers mises en œuvre et notamment les applications médicales
- de la possibilité de prise de contrôle à distance des postes de travail pour des dépannages et installations.

Le GHT utilise différents moyens techniques (consultation de la mémoire cache, contrôle des flux, installation de limites d'accès, utilisation d'un pare-feu) pour procéder à des contrôles d'utilisation, conformes à la présente Charte, des ressources informatiques mises à disposition.

Le GHT se réserve le droit d'utiliser des logiciels de filtrage afin d'interdire l'accès à certains sites Internet dont le contenu lui semble illicite ou en contradiction avec les objectifs de la présente Charte.

L'utilisateur accepte que le GHT Psy Sud Paris puisse :

- avoir connaissance des informations nécessaires à l'administration du réseau (données de volumétrie, incidents, nature du trafic engendré) et puisse prendre toutes mesures urgentes pour stopper la perturbation du service ;
- contrôler a posteriori l'utilisation de sa messagerie en analysant des indications générales de fréquence, de volume, de taille des messages, de format des pièces jointes, sans qu'il y ait aucun contrôle sur le contenu des messages échangés.
- contrôler a posteriori les données de connexion à Internet par service et par utilisateur ainsi que les sites les plus visités.

Sur demande du directeur ou sur requête judiciaire, le GHT peut procéder à des contrôles individuels de bonne utilisation de la Messagerie ou d'Internet.

7. SANCTIONS ENCOURUES

Le non-respect des règles établies ou rappelées par la présente Charte pourra donner lieu, indépendamment d'éventuelles sanctions pénales, à la suspension temporaire ou définitive de l'accès à la messagerie ou à Internet ainsi qu'à des sanctions disciplinaires, proportionnées à la gravité des faits reprochés et de leurs conséquences pour le GHT.

Dans le cas d'une mise en danger volontaire de la sécurité du système informatique, le GHT engagera les procédures disciplinaires ou judiciaires adaptées à la situation. L'utilisateur s'expose donc à des poursuites civiles et/ou pénales conformément aux textes en vigueur (articles 323 – 1 à 323 – 7 du code pénal).

